Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

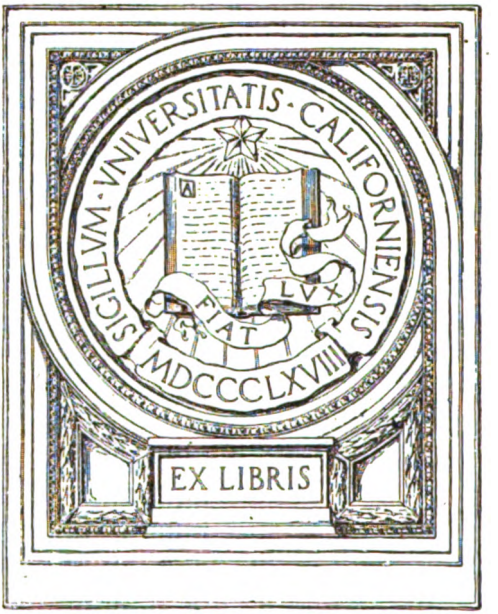
+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

MEDICAL SCHOOL
LIBRARY



VON HOFFMANN
ACCESSION

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Zentralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

begründet von HEINRICH FRITSCH

herausgegeben

von

WALTER STOECKEL
in Kiel

---

37. Jahrgang Nr. 27—52
1913
Juli — Dezember

LEIPZIG
Verlag von Johann Ambrosius Barth
1913

Digitized by Google

Digitized by Google

Zentralblatt für Gynäkologie

begründet von HEINRICH FRITSCH

herausgegeben von

WALTER STOECKEL in Kiel.

37. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 27. Sonnabend, den 5. Juli 1913.

Inhalt.

Originalien: I. F. Daels und C. Deleuze, Beiträge zum Studium der autolytischen und autoplastischen Vorgänge im embryonalen Gewebe. — II. R. Teuffel, Kraurosis und Cancroid. — III. L. M. Bossi, Die wahre Prophylaxe des Uteruskrebses. Ein Mahnruf an die Gynäkologen.

Berichte: 1) Gynäkologische Gesellschaft in Breslau.

Zeitschriften: 2) Archiv für Gynäkologie Bd. XCIX. Hft. 3.

Placenta, Eihäute, Nabelschnur: 3) Macfarlane, 4) Boni, Placenta praevia. — 5) Linzenmeier und Brandes, Extrachoriale Fruchtentwicklung. — 6) Sabella, Transplantation von Eihäuten. — 7) delle Chiaje, Torsion der Nabelschnur. — 8) Makowski, Nabelschnurvorfall. — 9) Adair, Nabelschnurklemme.

Allgemeine Gynäkologie: 10) Morton, Wirkung der Industriearbeit auf die arbeitenden Frauen. — 11) Jagic, Messungsstudien. — 12) McCann, Fortschritte auf dem Gebiete der Frauenkrankheiten. — 13) Moore, Grenzlinie zwischen Medizin und Chirurgie. — 14) Oldenborg, Enteroptose. — 15) Dabney, Beziehungen der Genitalien zu Ohr, Nase und Hals.

Extrauteringravidität: 16) Brickner, 17) Miller, 18) Gretschel, 19) Grimsdale, 20) Oldfield, 21) Pancot und Debeyre, 22) Robins, 23) Döderlein und Herzog, 24) Frühinsholz, Extrauteringravidität.

Neugeborenes: 25) Goldfeld, Abhängigkeit der körperlichen Entwicklung Neugeborener vom Berufe der Eltern. — 26) Friedmann, Ernährungs- und Entwicklungsstörungen. — 27) Dorlencourt und Edelmann, Habituelle Verstopfung. — 28) Edgar, 29) Engelmann, Asphyxie. — 30) Gaifami jun., Hämoperitoneum. — 31) Juda, Uterusblutungen Neugeborener. — 32) Kosmak, Schädelimpression. — 33) Winslow, Gangrän des rechten Vorderarms. — 34) Bassani, Zwillingsschwangerschaft mit Acephalus acardiacus. — 35) Armann, Pulsationen des Herzschlauches beim Embryo. — 36) Vincent, Hämorrhagische Diathesen.

I.

Beiträge zum Studium der autolytischen und autoplastischen Vorgänge im embryonalen Gewebe.

Von

Prof. Dr. Frans Daels, Gent

und

Chem. C. Deleuze,

Wissenschaftlicher Leiter an der Universität Gent.

Frühere Krebsstudien hatten uns dazu gebracht, den Vorgängen der Autolyse und Heterolyse in normalen und bösartig entarteten Geweben nachzugehen. Wir hatten in dieser Hinsicht über 30 Versuche angestellt, und in den meisten von diesen Versuchen waren die Beobachtungen methodisch durchgeführt worden bis zum 30., 40., 80. und 120. Tage der Autolyse[1].

[1] Frans Daels und C. Deleuze, Etude de facteurs exerçant une action d'arrêt de développement ou de désagrégation sur le tissu néoplasique malin. Arch. méd. exp. 1911. Nov., 1912. Jan. u. März.

3408

Digitized by Google

Wir wollen erst die damals erzielten Ergebnisse kurz mitteilen, damit wir die Bedeutung unserer neueren Untersuchungen erklären können.

Die Autolyse besteht aus einer Reihe komplizierter Vorgänge.

Im allgemeinen steigt die Menge des unkoagulablen Stickstoffes erheblich im Laufe der 6 ersten Tage der Autolyse; zwischen dem 4. und dem 12. Tage kommt ein Stillstand oder eine oft sehr deutliche Verminderung des unkoagulablen Stickstoffes vor; ein neues Steigen tritt gewöhnlich auf zwischen dem 30. und 40. Tage, worauf aufs neue eine Verminderung folgt.

Schlesinger[2], der als erster den Stillstand und die erste Verminderung der Menge des unkoagulablen Stickstoffes im Laufe der Autolyse beobachtete, faßt die Erscheinung auf als ein Zeichen der Erschöpfung proteolytischer Fermente. Das später auftretende Aufsteigen der Kurve widerspricht dieser Erklärung, welche uns übrigens gar nicht zum Verständnis der vorübergehenden Verminderung der Menge des unkoagulablen Stickstoffes bringt.

Das Hauptergebnis, zu dem wir gelangt sind, war folgendes: Im Gegensatz zu den Ergebnissen von früheren Arbeiten nahmen wir wahr, daß bei gemeinsamer Autolyse von verschiedenen Geweben die Menge des durch die Hitze unkoagulablen Stickstoffes größer ist als bei den getrennten Autolysen, das bösartig entartete Gewebe verhält sich wie die normalen Gewebe. Diese Schlußfolgerungen stimmten gar nicht überein mit dem, was bisher angenommen wurde.

Jacoby[3] schließt auf die Abwesenheit von »heterolytischen« Wirkungen im Laufe der gemeinsamen Autolyse von verschiedenen Geweben, auf Grund von Stickstoffbestimmungen (durch die Hitze unkoagulablen Stickstoffes) nach 24- und 48stündiger Autolyse durchgeführt. Die erhaltenen Werte waren dieselben nach gemeinsamer und nach getrennter Autolyse. Für dieselbe Autolysedauer machten wir gerade dieselben Beobachtungen, doch wir studierten die Kurve der Autolyse bei gemeinsamer und bei getrennter Autolyse, und wir fanden, daß im ersten Falle das Maximum der Kurve stets viel höher steht und oft später auftritt. Unsere Beobachtungen stimmten also mit denen Jacoby's überein, doch widersprechen sie seinen Schlußfolgerungen.

Hess und Saxl[4] studierten in zahlreichen Versuchen die gemeinsame Autolyse von verschiedenen Geweben. Sie bestätigten nicht allein die Beobachtungen Jacoby's, sie verstärkten seine Schlußfolgerungen, mit dem Beweis, daß nach gemeinsamer Autolyse die Menge des unkoagulablen Stickstoffes geringer ist, daß also bestimmt keine heterolytische Wirkung von einem Gewebe auf die höheren koagulablen Eiweißstoffe eines anderen Gewebes stattfindet. Wir nehmen gerade dieselbe Erscheinung wahr; doch beim Studium der Kurve der Autolyse beobachten wir das Phänomen von Hess und Saxl im Anfang der Autolyse, während die »heterolytische« Wirkung des Gewebes sehr deutlich später auftritt.

Die erste Schlußfolgerung unserer Untersuchungen, was das Studium des bösartig entarteten Gewebes anbelangt, ist die Beobachtung der Vermehrung des unkoagulablen Stickstoffes im Laufe der gemeinsamen Autolyse von neoplastischem Gewebe mit normalen Geweben; da wir aber dieselbe Erscheinung beobachteten bei der gemeinsamen Autolyse von verschiedenen normalen Geweben, hat sie keine besondere Bedeutung, und unsere Resultate widerlegen die Hypothese, welche solchen heterolytischen Eigenschaften die bösartige Wucherung des Krebsgewebes[5] oder die Invasionskraft der Chorionzotten zuschreibt. (Hofbauer.)

[2] Schlesinger, Hofm. Beitr. 1904. Bd. IV. p. 87. [3] Jacoby, Ibid. Bd. III. p. 446.
[4] Hess u. Saxl, Zeitschr. f. experim. Pathol. u. Therapie 1908. Bd. V.
[5] Blumenthal, Die chemischen Vorgänge bei der Krebskrankheit. Wiesbaden 1910.

Digitized by Google

Unsere Untersuchungen bewiesen also, daß die Kurve der Autolyse, die aufeinander folgende Vermehrungen und Verminderungen der Menge unkoagulablen Stickstoffes, als der Ausdruck eines allgemeinen Gesetzes anzusehen sind. Die Verminderung des unkoagulablen Stickstoffes ist erheblich. Bei ursprünglichen Werten von 8, 11, 18, 14, 12 und 9 mg unkoagulablen Stickstoffes (auf 2 und 3 g Gewebe) fanden wir im Laufe der Autolyse: Vermehrungen von 16, 27, 2, 57, 35, 18 mg, Verminderungen von 9, 13, 5, 16, 2, 9 mg. Die Erscheinung der Verminderung des unkoagulablen Stickstoffes ist also deutlich ausgeprägt.

Wenn die Vermehrung der Menge unkoagulablen Stickstoffes die Erscheinungen als »Autolyse« aufzufassen berechtigt, so soll die im Laufe derselben Versuche beobachtete Verminderung der Menge des unkoagulablen Stickstoffes als »Autoplastie« betrachtet werden, weil sie doch den Übergang vom unkoagulablen Eiweiß zum koagulablen andeutet. Der Name Autolysis ist also von Salkowski und seiner Schule schlecht gewählt worden, weil er bloß einen Teil der autofermentativen Erscheinungen in Betracht zieht.

In den erwähnten Versuchen waren die ursprünglichen Werte des unkoagulablen Stickstoffes durchschnittlich $^1/_5$ bis $^1/_3$ des Gesamtstickstoffes. Diese Beobachtungen bringen uns zu der Hypothese, daß die autoplastischen Fermente im Laufe der autofermentativen Prozesse keine deutliche Wirkung entfalten, weil das nötige »Substratum« fehlt. Eine Reihe von Beobachtungen unterstützen diese Erklärung.

Im Laufe von Versuchen mit Muskel-, Leber-, Lungengewebe sowie mit Mischungen dieser verschiedenen Gewebe hatte das Lungengewebe den stärksten ursprünglichen Gehalt an unkoagulablem Stickstoff, 18 mg auf 2 g Gewebe; gerade dieses Gewebe zeigte nun die geringste Vermehrung des unkoagulablen Stickstoffes und eine gleiche darauffolgende Verminderung, so daß von einer eigentlichen Autolysis nicht gesprochen werden dürfte.

In einem anderen Versuche waren für Muskel-, Sarkom-, Leber- und Zerebralgewebe die ursprünglichen Mengen des unkoagulablen Stickstoffes 6, 9, 10, 12 und 19 mg; gerade das Zerebralgewebe mit dem höchsten Gehalte zeigte keine eigentliche Autolyse; denn die Menge des unkoagulablen Stickstoffes fiel von 19 auf 14 mg im Laufe von 8 Tagen. Hier wäre also scheinbar bloß Autoplastie vorhanden gewesen; wir wollen aber nur von autofermentativen Erscheinungen im allgemeinen reden; denn wir sind überzeugt, daß es sich stets um zwei gleichzeitige Prozesse handelt, welche in entgegengesetzter Richtung verlaufen. Sind beide in gleicher Kraft vorhanden, dann ist das Endresultat, was die chemische Zusammensetzung des Gewebes betrifft, gleich Null, und chemisch wird erst eine Änderung zum Ausdruck kommen, wenn der eine oder der andere Prozeß die Oberhand gewinnt.

Die Arbeiten von Kikkoji[6], Inouye, Katsuji und Kondo[7], Frew[8], Takeo Saïto und Jungi Joshikowa[9] haben schon früher die Bildung und die nachträgliche Verminderung von Milchsäure im Laufe der »Autolyse« festgestellt. Schlesinger allein hat die Aufmerksamkeit auf die im Laufe der Autolyse auftretende Verminderung des unkoagulablen Stickstoffes gelenkt. Er verglich die Resultate der Autolyse der Leber des erwachsenen und des neugeborenen Kaninchens und kam zu dem Ergebnis, daß im Laufe der Autolyse beim Erwachsenen

[6] Kikkoji, Zeitschr. f. physiol. Chemie 1907. Bd. LIII.
[7] Inouye, Katsuji und Kondo, Ibid. Bd. LIV.
[8] Frew, Ibid. 1909. Bd. LX.
[9] Takeo Saïto und Jungi Joshikowa, Ibid. 1909. Bd. LII.

Digitized by Google

31% des Gesamtstickstoffes in der Form des unkoagulablen Eiweißes vorkam, beim Neugeborenen 100%, dies aber nur vorübergehend, eine Verminderung folgte stets.

Schlesinger betrachtet den Übergang der ganzen Menge der Eiweißstoffe zum unkoagulablen Zustand als eine Eigenschaft des embryonalen Gewebes.

In einer Mitteilung der belgischen medizinischen Akademie durch Dr. Lauwers (September 1911) haben wir die Ergebnisse der chemischen Untersuchung von toten fötalen Geweben mitgeteilt, welche während 11 Monaten in einem rudimentären Uterushorn im aseptischen Zustand verblieben waren. Die autolytischen Prozesse hatten hier Gelegenheit gehabt, sich vollauf zu entwickeln; es blieb trotzdem in den fötalen Geweben eine große Menge von koagulablem Stickstoff. Auch diese Wahrnehmung schien den Übergang von unkoagulablen zu koagulablen Stoffen zu beweisen.

In einer neuen Reihe von Versuchen studierten wir im besonderen die Autolyse der menschlichen embryonalen Gewebe. Wir haben zuerst im Laufe der autofermentativen Erscheinungen die Gehalte der Gewebe an löslichem Stickstoff und an unkoagulablem Stickstoff mit der Menge des Gesamtstickstoffs (G.N) verglichen.

Die Technik war die klassische. Die Autolyse fand statt in physiologischer Wasser-Azeton-Benzoesäure (cf. 1). Die Versuche I, V, VI wurden auf 50° durchgeführt. Frühere Untersuchungen beweisen, daß dieser Unterschied in der Technik keine nennenswerte Änderungen im Gange der Autolyse zustande bringt.

Tabelle I. Fötus: Gewicht 141 g. Länge 20 cm. In toto zermahlen.

Gesamtstickstoff (G.-N) $\left.\begin{matrix}21{,}02\\21{,}30\end{matrix}\right\}$ 21,16 mg.

Nach Autolyse von	Löslicher Stickstoff (l. N.)		l. N. × 100 / G.-N.	Unkoagulabler Stickstoff (u. N.)		u. N. × 100 / G.-N.
5 Tagen	11,5 / 11,5	11,5	54,34	11,1 / 10,9	10,0	47,21
10 „	12,5 / 13,7	13,1	61,90	12,4 / 11,4	11,9	54,34
15 „	17,5 / 14,3	15,9	75,14	13,1 / 14,0	13,5	62,80
20 „	18,2 / 19,6	18,8	87,43	16,8 / 15,9	15,9	75,0
30 „	20,10 / 21,61	20,80	91.30	20,00 / 18,62	19,31	91,20
40 „	18,9 / 19,1	19,0	90,5	18,2 / 17,7	19,7	84,11

Tabelle II. Fötus: Gewicht 132 g. Länge 21 cm. In toto zermahlen.

Gesamt-N $\left.\begin{matrix}27{,}6\\31.1\end{matrix}\right\}$ 29,35 mg.

5 Tagen	8,82 / 10,00	9,41	32,00	8,40 / 8,40	8,40	28,69
10 „	10,0 / 11,08	10,0	36,04	10,2 / 10,8	10,6	35,75
15 „	16,7 / 16,6	16,6	56,55	11,32	11,32	37,00
20 „		17,5	59,61			

Digitized by Google

Tabelle III.
Reife Frucht.

A. Leber.

Gesamt-N: 47,2 mg.

Nach Autolyse von	Löslicher Stickstoff (l. N.)		l. N. × 100 / G.-N.	Unkoagulabler Stickstoff (u. N.)		u. N. × 100 / G.-N.
4 Tagen	32,0 / —	32,0	58,8	19,4 / 18,2	18,8	40,00
8 „	30,20 / 30,00	30,0	64,04	30,0 / 30,0	30,0	64,00
12 „	36,6 / 31,5	34,0	72,00	29,4 / 29,3	29,3	63,00
16 „	35,3 / 37,0	36,0	76,50	22,0 / 19,5	20,5	43,19
32 „	30,8	30,8	64,04			

B. Niere und Milz.

Gesamt-N 45,0 / 46,0 mg.

4 Tagen	29,4 / —	32,0	64,61	27,0 / —	27,0	59,34
8 „	36,6 / 34,6	35,6	78,20	32,0 / 34,1	33,5	73,2
12 „	29,4 / 26,2	27,8	61,00	25,0 / —	25,0	58,0
16 „	31,0 / —	31,0	70,00	27,9 / —	27,9	62,0

Tabelle IV.
Reife Frucht.

A. Leber.

Gesamt-N 42,4 / 43,8 43,1 mg.

Nach Autolyse von	Löslicher Stickstoff		l. N. × 100 / G.-N.	Unkoagulabler Stickstoff		u. N. × 100 / G.-N.
2 Tagen	32,1 / 34,3	33,2	77,18	33,3 / 30,0	31,6	75,0
4 „	35,9 / 34,6	35,25	81,46	33,2 / 33,1	33,1	75,75
6 „	36,22 / 35,42	35,82	83,39	35,0 / 36,0	35,5	82,5
9 „	41,5 / —	41,5	96,51	33,0 / 35,4	34,2	79,3
14 „	35,0 / 37,0	36,0	83,72	26,3 / 25,2	25,75	59,18
20 „	36,12 / 36,70	36,4	84,00	34,2 / 33,1	33,6	76,0

Digitized by Google

B. Niere und Milz.

Gesamt-N $\left.\begin{matrix}44,7\\47.5\end{matrix}\right\}$ 46,1 mg.

Nach Autolyse von	Löslicher Stickstoff (l. N)	l. N. × 100 / G.-N.	Unkoagulabler Stickstoff (u. N.)		u. N. × 100 / G.-N.
3 Tagen			44,1 / 40,9	42,50	92,0
6 „			40,00 / 37,00	38,5	83,37
9 „			41,5 / 40,9	41,3	89,6
14 „			37,7 / 36,4	37,0	80,2

Schlußfolgerungen:

1) Man darf nicht den Übergang der ganzen Menge des Eiweißstoffes im unkoagulablen Zustand im Laufe der Autolyse als eine Eigenschaft des embryonalen Gewebes ansehen.

2) Die Erscheinung der Vermehrung, des Stillstandes, und der Verminderung der löslichen und unkoagulablen Eiweißstoffe geht in allen Versuchen deutlich hervor. Oft stimmen beide Kurven überein (Versuch III B.); in anderen Fällen geht der Stillstand in der Kurve der löslichen Eiweißstoffe voraus (Tabelle II) oder die Verminderung des unkoagulablen Stickstoffes (Tabelle I, III A, IV A). Diese Wahrnehmungen beweisen, daß im Laufe der autofermentativen Erscheinungen unkoagulabler Stickstoff zum koagulablen wird, lösliche Eiweißstoffe in unlösliche übergehen. Der chronologische Gang der Erscheinungen scheint anzudeuten, daß zuerst ein Übergang vom unkoagulablen zum koagulablen Zustande, später der Übergang der löslichen zu den unlöslichen Stoffen stattfindet. Zahlen wie in den Versuchen III B, IV A und B zeigen uns sehr geringe Unterschiede zwischen den verschiedenen Mengen von löslichem und unkoagulablem Stickstoff im Laufe der Autolyse, und haben uns die Notwendigkeit ergeben, dem ursprünglichen Gehalte der Gewebe an löslichem und unkoagulablem Stickstoff nachzugehen.

Tabelle V.

Fötus: Länge 28 cm. In toto zermahlen.

Gesamt-N $\left.\begin{matrix}37,52\\27,04\end{matrix}\right\}$ 32 mg.

	Unkoagulabler Stickstoff		u. N. × 100 / G.-N.
Vor Autolyse	5,04 / 7,28	6,16	19,07
Nach Autolyse von 5 Tagen	20,16 / 14,84	17,15	53,07
Nach Autolyse von 10 Tagen	25,64 / 21,00	23,32	72,30
Nach Autolyse von 20 Tagen	10,92 / 10,64	10,78	33,37

Digitized by Google

Tabelle VI. Fötus: 7 Monate. Leber.

Gesamt-N $\left.\begin{matrix}49{,}56\\48{,}93\end{matrix}\right\}$ 49,26 mg

	Unkoagulabler Stickstoff		u. N. × 100 / G.-N.
Vor Autolyse	$\left.\begin{matrix}11{,}20\\13{,}45\end{matrix}\right\}$	12,32	24,85
Nach Autolyse von 5 Tagen	$\left.\begin{matrix}6{,}76\\7{,}56\end{matrix}\right\}$	7,16	14,45
Nach Autolyse von 8 Tagen	$\left.\begin{matrix}10{,}36\\7{,}46\end{matrix}\right\}$	8,92	16,39

Tabelle VII. Fötus in Mazeration. 30 cm. In toto zermahlen.

Gesamt-N $\left.\begin{matrix}51{,}0\\32{,}0\end{matrix}\right\}$ 31,9 mg

	Löslicher Stickstoff		l. N. × 100 / G.-N.	Unkoagulabler Stickstoff		u. N. × 100 / G.-N.
Vor Autolyse	$\left.\begin{matrix}8{,}3\\11{,}3\end{matrix}\right\}$	9,7	30,88	$\left.\begin{matrix}7{,}1\\7{,}8\end{matrix}\right\}$	7,45	23,72
Nach Autolyse von 3 Tagen	$\left.\begin{matrix}9{,}1\\8{,}7\end{matrix}\right\}$	8,9	28,66	$\left.\begin{matrix}8{,}0\\8{,}4\end{matrix}\right\}$	8,2	26,1
von 6 Tagen	$\left.\begin{matrix}11{,}3\\9{,}1\end{matrix}\right\}$	10,2	32,47		8,8	28,23
von 9 Tagen	$\left.\begin{matrix}12{,}6\\13{,}2\end{matrix}\right\}$	12,9	41,06	$\left.\begin{matrix}12{,}9\\12{,}6\end{matrix}\right\}$	12,7	40,9
von 12 Tagen	$\left.\begin{matrix}13{,}6\\12{,}3\end{matrix}\right\}$	12,9	41,00	$\left.\begin{matrix}12{,}6\\12{,}5\end{matrix}\right\}$	12,5	39,3
von 15 Tagen	$\left.\begin{matrix}11{,}15\\\end{matrix}\right\}$	11,15	40,00	$\left.\begin{matrix}9{,}8\\—\end{matrix}\right\}$	9,8	31,00

Tabelle VIII. Reife Frucht. Leber.

Gesamt-N $\left.\begin{matrix}35{,}00\\31{,}36\end{matrix}\right\}$ 33,18 mg.

	Löslicher Stickstoff		l. N. × 100 / G.-N.
Vor Autolyse	$\left.\begin{matrix}15{,}54\\17{,}36\end{matrix}\right\}$	16,45	49,6
Nach Autolyse von 3 Tagen	$\left.\begin{matrix}26{,}04\\27{,}02\end{matrix}\right\}$	26,53	79,96
von 6 Tagen		23,38	70,46
von 9 Tagen		23,10	69,6

Die Ergebnisse dieser Versuche bestätigen unsere früheren Wahrnehmungen. Die Mazeration des Fötus im Versuch VII soll in ihrem Anfang gewesen sein, sie hat nicht auf besondere Weise den Gang der Autolyse beeinflußt.

Für Vermehrungen vom unkoagulablen Stickstoff von 53,2 und 17% des Gesamtstickstoffes, finden wir Verminderungen von 39,10 und 10%. Wir sehen also die proteoplastische Wirkung besonders ausgeprägt für embryonale Gewebe; in einem Falle tritt die Verminderung des unkoagulablen Stickstoffes von Anfang

Digitized by Google

an, schon nach 4 Tagen hervor (Tabelle VI). Der »proteoplastische Koeffizient« übertrifft also deutlich den »proteolytischen Koeffizienten«. Wir wollen aber sofort betonen, daß das Verhältnis zwischen diesen beiden Koeffizienten nicht das wirkliche Kraftverhältnis zwischen den verschiedenen Fermentwirkungen wiedergibt; denn diese Fermente befinden sich in ungleich günstigen Wirkungsbedingungen. Der ursprüngliche unkoagulable Stickstoff übertrifft nicht 25% des Gesamtstickstoffes. Die Ergebnisse des Versuches V, ursprünglicher Gehalt an unkoagulablem Stickstoff von 19%, Vermehrung von 53% und Verminderung von 39%, beweisen, daß im Laufe der Autolyse des embryonalen Gewebes koagulabler Stickstoff zum unkoagulablen übergeht, doch später aufs neue im Laufe derselben autolytischen Prozesse zur koagulablen Form zurückkommen kann.

Diese Beobachtung wurde auch ganz deutlich bei der Autolyse der Placenta bestätigt.

Placenta I.

Azeton-Benzoesäure. Temperatur 50°.

Gesamt-N $\left.\begin{matrix}43{,}52\\42{,}64\end{matrix}\right\}$ 43,08 mg.

	Löslicher Stickstoff		l. N. × 100 / G.-N.	Unkoagulabler Stickstoff		u. N. × 100 / G.-N.
Vor Autolyse	12,32 / 11,48	11,90	28,62	4,20 / 4,88	4,34	10,07
Nach Autolyse von 3 Tagen	25,20 / —	25,20	58,49	22,96 / —	22,96	53,29
von 6 Tagen	22,12 / 17,92	20,02	46,47	15,12 / 14,28	14,70	34,12
von 9 Tagen	16,80 / 19,60	18,20	42,46	14,6 / 12,88	13,44	31,19
von 12 Tagen	16,80 / 17,36	17,08	39,67	12,30 / 15,40	13,85	32,14
von 15 Tagen	21,02 / 20,04	20,58	47,00	16,80 / 17,36	17,08	39,67
von 18 Tagen	17,92 / 14,28	16,10	37,37	14,00 / 13,44	13,72	31,77

Placenta II.

Azeton-Benzoesäure. Temperatur 50°.

Gesamt-N $\left.\begin{matrix}44{,}28\\41{,}16\end{matrix}\right\}$ 42,72 mg.

	Löslicher Stickstoff		l. N. × 100 / G.-N.	Unkoagulabler Stickstoff		u. N. × 100 / G.-N.
Vor Autolyse	11,04 / 10,64	10,84	25,37	4,64 / 5,04	4,84	10,15
Nach Autolyse von 4 Tagen	20,44 / 23,52	21,98	51,45	21,56 / 19,88	20,72	48,50
von 8 Tagen	21,84 / 18,48	20,16	47,19	15,68 / 17,92	16,80	39,32
von 12 Tagen	13,16 / 18,48	15,82	37,00	12,88 / 14,56	13,72	32,11
von 18 Tagen	21,00 / 21,84	21,42	50,01	13,16 / 20,44	16,80	39,32

Digitized by Google

Die ursprünglichen Werte des unkoagulablen Stickstoffes von 10% steigen bis 53 und 48%, später nur bis zu 31 und 32%. Eben gebildeter, unkoagulabler Stickstoff wird also aufs neue zu koagulablem umgewandelt; da der ursprüngliche Wert des unkoagulablen Stickstoffes so gering ist, so beweist nichts, daß die Kraft der lytischen Fermentwirkungen die der plastischen Fermentwirkungen übertrifft. In anderen Fällen fanden wir im Anfang der Autolyse eine geringe, bisweilen auch eine massenhafte Umwandlung von löslichem Stickstoff zur unlöslichen Form.

Placenta III, nicht gewaschen.

Gesamt-N $\left.\begin{matrix}36{,}9\\35{,}0\end{matrix}\right\}$ 35,85 mg.

Vor Autolyse	Löslicher Stickstoff		I. N. × 100 / G.-N.
	$\left.\begin{matrix}13{,}00\\12{,}60\end{matrix}\right\}$	12,8	36,26
Nach Autolyse von	**Löslicher Stickstoff Benzoesäure**		**I. N. × 100 / G.-N.**
3 Tagen	$\left.\begin{matrix}14{,}6\\11{,}8\end{matrix}\right\}$	13,2	36,82
6 Tagen	$\left.\begin{matrix}13{,}3\\12{,}0\end{matrix}\right\}$	12,6	34,85
9 Tagen	$\left.\begin{matrix}14{,}0\\12{,}0\end{matrix}\right\}$	13,0	36,26

Placenta IV. Gent 21. X.

Azeton-Benzoesäure.

Gesamt-N $\left.\begin{matrix}20{,}72\\23{,}24\end{matrix}\right\}$ 21,98 mg.

	Löslicher Stickstoff		I. N. × 100 / G.-N.	Unkoagulabler Stickstoff		u. N. × 100 / G.-N.
Vor Autolyse	$\left.\begin{matrix}18{,}20\\15{,}40\end{matrix}\right\}$	16,80	76,43	$\left.\begin{matrix}6{,}44\\7{,}55\end{matrix}\right\}$	7,0	31,84
Nach Autolyse von 3 Tagen	$\left.\begin{matrix}7{,}56\\8{,}12\end{matrix}\right\}$	7,84	35,67	$\left.\begin{matrix}7{,}00\\7{,}56\end{matrix}\right\}$	7,28	33,12
von 6 Tagen	$\left.\begin{matrix}9{,}24\\12{,}64\end{matrix}\right\}$	10,92	49,68	$\left.\begin{matrix}7{,}00\\9{,}52\end{matrix}\right\}$	8,26	37,58
von 9 Tagen	$\left.\begin{matrix}12{,}04\\10{,}92\end{matrix}\right\}$	11,48	52,22	$\left.\begin{matrix}7{,}86\\11{,}20\end{matrix}\right\}$	9,53	43,35
von 12 Tagen	$\left.\begin{matrix}11{,}76\\11{,}48\end{matrix}\right\}$	11,62	52,86	$\left.\begin{matrix}11{,}48\\10{,}92\end{matrix}\right\}$	11,20	50,96
von 15 Tagen	$\left.\begin{matrix}21{,}84\\19{,}32\end{matrix}\right\}$	20,56	93,53	$\left.\begin{matrix}13{,}44\\12{,}88\end{matrix}\right\}$	13,16	59,87
von 18 Tagen	$\left.\begin{matrix}17{,}08\\17{,}92\end{matrix}\right\}$	17,5	79,61	$\left.\begin{matrix}13{,}14\\—\end{matrix}\right\}$	13,14	59,0
von 21 Tagen	$\left.\begin{matrix}14{,}28\\13{,}92\end{matrix}\right\}$	14,10	64,14	$\left.\begin{matrix}12{,}04\\10{,}24\end{matrix}\right\}$	11,04	50,2

In diesem letzten Falle stammte die Placenta von einer Frau mit schwerer Graviditätstoxikose.

Digitized by Google

Es ist also wahrscheinlich, für bestimmte Fälle ist es sicher, daß Placentabrei oder Placentasaft mehr proteoplastische als proteolytische Wirkung entfaltet. Hieraus ersieht man, wie ungenügend begründet die Versuche von Bumm und Liepmann waren, die Placentasaft bei bösartigen Geschwülsten einspritzten (Zeitschrift für Geburtshilfe Bd. LXI. 1908. p. 417).

Liepmann stützt sich auf Ergebnisse seiner Untersuchungen mit P. Bergell (M. m. W. 1905, Nr. 46), welche mit Hilfe chemischer Methoden die menschliche Placenta auf ihren Gehalt an Fermenten studierten. Daß aus diesen Untersuchungen etwas Unerwartetes herauskam, kann nicht behauptet werden; denn der Beweis, daß die Fermente der Placenta etwas anderes darstellen, als die gewöhnlichen autolytischen, beinahe in allen Organen anzutreffenden Fermente, wird nicht erbracht. Das einzige Neue scheint uns die Bemerkung zu sein, daß sich in der Placenta »wahrscheinlich auch synthetisierende Prozesse abspielen«. Indessen blieb dies vollkommen unbeachtet, als es galt, Krebsgeschwülste mit Placentasaft zu behandeln.

Auffallend war der hohe Gehalt der letzten Placenta an löslichen und unkoagulablen Eiweißstoffen. Dieselbe Beobachtung konnten wir machen an einer Reihe von Eklampsieplacenten, die uns freundlichst durch Herrn Dr. Warnekros aus der Universitäts-Frauenklinik zu Berlin (Geheimrat Bumm) geschickt wurden.

Normale Placenten hatten uns (für 2 g) Werte ergeben von löslichem Eiweißstoff von 28, 25, 10 mg, von unkoagulablem Eiweißstoff von 10, 10, 9 mg, Eklampsieplacenten bzw. Werte von 34, 49, 44, 44 und 26, 27, 27, 25.

Höchst interessant schien es uns in diesen Fällen, genau dem Gang der Autolyse bzw. Autoplastie nachzugehen. Kontrollversuche lehrten uns leider, daß die Einpackung der Placenten in Formoltüchern (zum Übersenden) auf den späteren Gang der Autolyse einen störenden Einfluß ausübte und zwangen uns, diese Untersuchungen den größeren, an Eklampsiefällen reichen Kliniken zu überlassen.

II.

Kraurosis und Cancroid.

Von

R. Teuffel in Stuttgart.

Die neueren Veröffentlichungen über die Karzinombehandlung haben mich an einen Fall aus meiner Chemnitzer Praxis (1899) erinnert, bei dem gleichzeitig Kraurosis und Cancroid bestand, und der einen Beitrag zur Kenntnis der Wirkung von Entzündung auf maligne Neubildung zu liefern geeignet scheint.

Als Kraurosis war die über Clitoris, kleine und zum Teil große Labien verbreitete Hautaffektion charakterisiert, sowohl durch die subjektiven Beschwerden als durch die eigentümlich mattweiße Verfärbung, das plumpe Aussehen und die derbe Beschaffenheit der befallenen Teile; seichte Risse, deren Grund dunkel bläulichrot durchschimmerte, zogen sich über die pigmentlosen Stellen hin.

Einige Zeit später konnte ich im Gebiet der Erkrankung oberflächliche und tiefere Geschwüre beobachten, sowie deutliche Anschwellung der Inguinaldrüsen. Aus einem von mir in diesem späteren Stadium exzidierten Gewebsstück wurden im Chemnitzer pathologischen Institut (Prof. Nauwerck) Schnitte hergestellt, die den beiden Mikrophotogrammen zugrunde liegen.

Die von den tieferen Schichten der Epidermis, bei noch intakter Hornschicht,

Digitized by Google

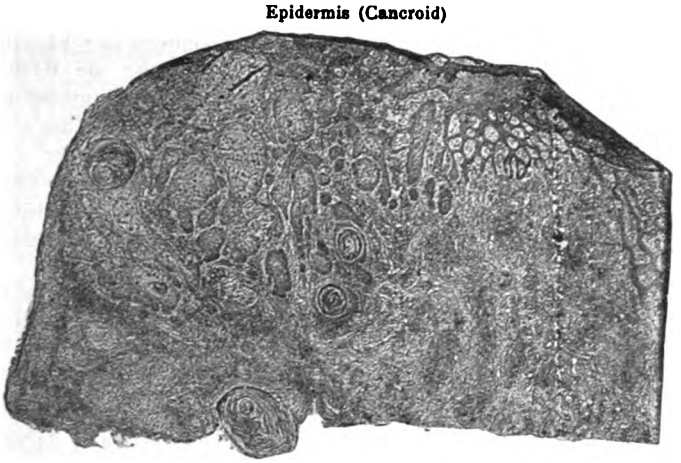


Fig. 1.

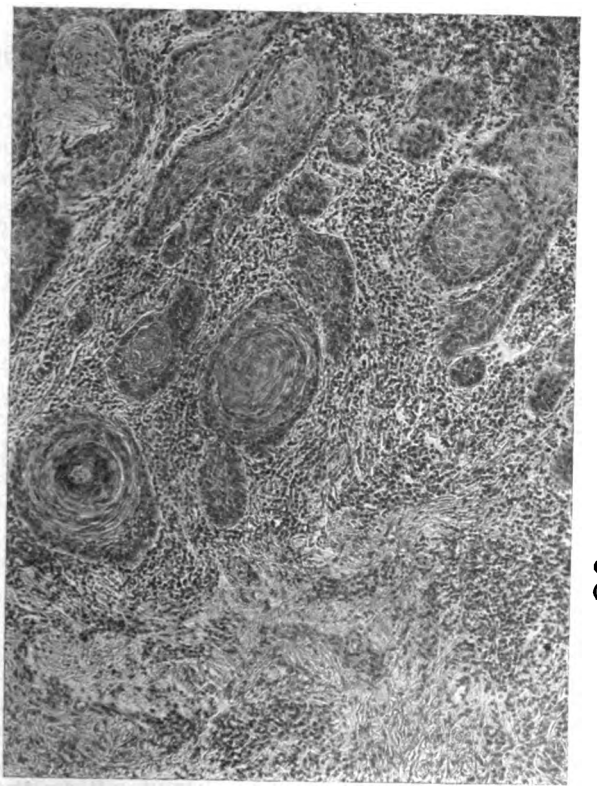


Fig. 2.

ausgehende cancroide Neubildung läßt sich deutlich als solche erkennen; ebenso der in der Hauptsache das Corium betreffende, durch massenhafte Plasmazellen und Schwund der drüsigen und Gefäßelemente charakterisierte Entzün-

Digitized by Google

dungsprozeß. Dieser greift auf das Gebiet des Cancroids über und führt zu Veränderungen der Neubildung, die sich auf den Abbildungen zu erkennen geben. Auf Fig. I (schwache Vergrößerung) erscheinen stellenweise die Krebsstränge zu einem zierlichen Netzwerk reduziert; Fig. II (stärkere Vergrößerung) zeigt eine ausgiebige Perlenbildung, anscheinend unter dem Einfluß des die Krebsnester allseitig umgebenden entzündlichen Prozesses. Ob bei der Verkümmerung des Neoplasmas an diesen Stellen Druck oder Entziehung des Nährmaterials durch den entzündlichen Prozeß die Hauptrolle spielt, bleibt dahingestellt; jedenfalls liegt es nahe, eine größere Vitalität des Entzündungsvorganges anzunehmen.

Über das zeitliche Verhältnis der konkurrierenden Prozesse läßt sich nichts Sicheres feststellen, wohl aber scheint es sich um zwei voneinander unabhängige Prozesse zu handeln.

Falls für die Reduktion des karzinomatösen Gewebes unter dem Einfluß radiotherapeutischer Maßnahmen ebenfalls entzündliche Prozesse anzunehmen wären, so würde der vorliegende Fall einen parallelen Vorgang darstellen.

III.

Die wahre Prophylaxe des Uteruskrebses. Ein Mahnruf an die Gynäkologen.

Von

Prof. Dr. L. M. Bossi,

Vorstand der Frauenklinik in Genua.

Der Uteruskrebs stellt neben dem Sarkom fast die einzige Erkrankung dar, welche den pathogenetischen und prophylaktischen Studien den härtesten Widerstand leistet. Es ist die Behauptung keineswegs übertrieben, daß die Lösung des schweren Problems bis jetzt so ziemlich als fehlgeschlagen zu betrachten ist, obwohl sie seit langem die besten geistigen Kräfte beschäftigt.

Die Ursache dieser Tatsache mag wohl in dem falschen Grundgedanken liegen, auf den die Frage gestellt wurde, wie von Winter und seinen Anhängern aus allen Ländern. Es heißt der wissenschaftlichen Logik und dem Zwecke der Prophylaxe im allgemeinen zuwider handeln, einzig in der frühzeitigen Diagnose des Uteruskrebses die Prophylaxe suchen zu wollen, zum Zwecke rechtzeitiger Ausführung der Hysterektomie.

Das ist chirurgische Therapie, aber nicht Prophylaxe.

Das Ziel, wofür der Gynäkologe einzutreten hat, sei, die Mittel zu finden, um die Entwicklung des Uteruskrebses zu verhindern.

Ich nenne das wirkliche Prophylaxe.

Aber gibt es Mittel? Die Erfahrung 27jähriger klinischer Tätigkeit unterstützt meine bejahende Antwort.

Wie ich schon in verschiedenen Veröffentlichungen mitteilte (»Sulla non contagiosità del cancro dell' utero«, Ann. di ostetricia e ginecologia — Mailand 1902; und »A proposito di profilassi del cancro dell' utera«, Gazzetta degli ospedali — Mailand 1907, Nr. 9.), konnte ich in fast unumstößlicher Weise feststellen, daß die Entwicklung des Epithelioms der Cervix verhindert wird, wenn mittels kleiner Operationen die anfänglichen, chronischen Geschwüre an derselben entfernt werden; ich benannte diese Operation Halsplastik (meine Mitteilung: »Sur l'abus des opérations mutilantes«. Paris 1908). Ebenso kann die Abkratzung bei hyper-

Digitized by Google

plastischen Verletzungen der Schleimhaut das Auftreten der Uterushöhlenkrebses verhindern.

Ich sehe ungefähr auf 7000 Fälle aus meiner Praxis zurück, in denen ich mit plastischen Operationen an der Portio vaginalis eingegriffen habe, und ich konnte in keinem dieser Fälle, selbst nach mehreren Jahren, die Entwicklung des Krebses der Cervix, der bekanntlich am häufigsten vorkommt, feststellen.

Ich bin sicher, daß bei den meisten Fällen der Ursprung des Uteruskrebses in den chronischen Entzündungen zu suchen ist (Endometritis, Endocervicitis usw.), die längere Zeit mit den gewöhnlichen Mitteln und vorzugsweise mit chemischen Ätzmitteln behandelt worden sind, deren Mißbrauch schwere Störungen in den Geweben hervorruft.

Wie ich schon in der oben angeführten Mitteilung darlegte, ist der Uteruskrebs keineswegs ansteckend.

Durch diese Feststellung läßt sich weiterhin annehmen, daß der Krebs nicht mikrobischen, sondern einzig histologischen Ursprungs ist.

Es ergaben in der Tat alle bakteriologischen Untersuchungen zum Zweck der Auffindung des pathogenen Krebsmikroben negative Resultate.

Die Behauptung, daß der Krebs in den meisten Fällen seinen Ursprung in den Verletzungen habe, die an sich gutartig, allein nicht rechtzeitig oder nicht richtig behandelt worden waren, ist daher durchaus folgerichtig.

Ein wirklich humanitäres und klinisch wissenschaftliches Werk wird also durch eine Propaganda für die Prophylaxe gegen den Uteruskrebs ausgeübt werden, deren Grundlage frühzeitige, erhaltende chirurgische Behandlung gutartiger Erkrankungen der Cervix und Uterushöhle sein muß.

Gegenwärtig beschäftigt mich eine Arbeit über diese hochernste Frage unter verschiedenen Gesichtspunkten; sie wird hoffentlich imstande sein, den Nachweis der Richtigkeit meiner Ansichten in möglichst einwandfreier Weise zu bringen.

Da indes noch einige Zeit bis zur Veröffentlichung derselben vergehen mag, sende ich an das geschätzte Zentralblatt für Gynäkologie diese kurze synthetische Mitteilung, um die Herren Kollegen anzuregen, meinen Behauptungen über die Prophylaxe gegen den Uteruskrebs durch ihre eigenen Studien und Mitteilungen näher zu treten.

Berichte aus gynäkologischen Gesellschaften.

1) Gynäkologische Gesellschaft in Breslau.

Sitzung vom 4. März 1913.

Vorsitzender: Küstner; Schriftführer: L. Fraenkel.

1) Krüger: Warzenpflege in der Schwangerschaft.

In der Provinzial-Hebammenlehranstalt habe ich eingehende systematische Untersuchungen vorgenommen zur Lösung der Frage, ob eine prophylaktische Warzenvorbehandlung in der Schwangerschaft zweckmäßig ist. Diese Untersuchungen haben zu folgendem Ergebnis geführt. Von den nicht vorbehandelten Fällen sind beim Stillgeschäft in 60% die Warzen nie wund geworden. Bei den vorbehandelten Fällen ist der Prozentsatz der nie wund gewesenen Warzen geringer, er beträgt nur 54%. Außerdem ist das Konto der vorbehandelten Fälle noch durch eine beginnende Mastitis belastet. Eine prophylaktische Warzenpflege erscheint daher nach meinen Untersuchungen als überflüssig. In einer anderen Beziehung scheint sie sogar schädlich zu wirken. Es scheint nämlich aus meinen

Digitized by Google

Beobachtungen hervorzugehen, daß eine Warzenvorbehandlung in der Schwangerschaft zu einem vorzeitigen Einsetzen der Geburt führen kann.

Diskussion. Küstner: Ich bin auf Grund meiner Erfahrung zu der Überzeugung gekommen, daß die übliche Vorbehandlung der Mammilla mit Alkohol, Flanellappen oder weicher Zahnbürste die Entstehung von Rhagaden nicht nur nicht verhindert, sondern vielleicht sogar begünstigt. Alkohol macht die Haut trocken und spröde, auch die der Mammilla, begünstigt so das Wundwerden, wenn die mazerierende Wirkung des kindlichen Speichels und der Milch dazukommt. Ich halte es für keinen Zufall, daß Herr Krüger bei den in üblicher Weise vorbehandelten öfter wunde Warzen beobachtet hat, als bei den nicht vorbehandelten. Ich empfehle daher schon seit Jahren in der Privatpraxis eine Alkoholvorbehandlung nicht, sondern nur Waschungen mit Wasser und gelegentlich Seife und glaube, daß so die feine Haut der Mammilla gesünder bleibt und der Desquamationsprozeß an ihr sich in gesünderer Weise abspielt, als unter der austrocknenden Wirkung des Alkohols.

Asch: Waschungen, Umschläge oder Bepinseln der Warzen treffen nicht diejenigen Stellen der Haut, die beim Saugakt hauptsächlich gefährdet sind: die tiefen, ringförmig verlaufenden Täler der runzeligen Falten der zusammengefallenen Warze; diese gerade werden beim Saugen mazeriert und bilden Rhagaden. Will man durch Alkohol auch diese zarte Haut gerben, so muß man den Alkohol bei herausgezogener Warze einwirken lassen; man erreicht das leicht, indem man eins der bekannten Saugglöser mit Spiritus füllt und die Warze in herausgesaugtem Zustande darin baden läßt. Von Zeit zu Zeit in den letzten Wochen angewandt, kann dies Verfahren wohl zu einer Gerbung der sonst zu zarten Haut führen, die sie widerstandsfähiger gegen die mazerierende Wirkung des Saugens macht.

Rosenstein: Das tägliche starke Einreiben der Warzen mit hochkonzentriertem Alkohol, wie es vielfach in der Praxis geschieht, möchte ich auch für schädlich halten. Ich habe in einem Falle davon eine Mastitis in der Schwangerschaft gesehen. Eine nicht zu häufige Einpinselung mit 10%igem Tanninspiritus scheint mir dagegen von gutem Einfluß zu sein.

Cohn: Zur Vorbereitung der Warzen in der Schwangerschaft halte ich gleichfalls eine intermittierende Pinselung derselben mit Alkohol für die beste Methode, weil erstens bei derselben mechanische Läsionen der Warzen und des Warzenhofes und zweitens die durch stärkere Reize eventuell auftretenden Wehen vermieden werden können.

2) Frl. Dietrich stellt eine intrauterin entstandene Ruptur der kindlichen Leber vor, als deren Ursache ein sehr energischer Kristeller anzusehen ist, der die Entwicklung des Kindes durch hohe Zange unterstützte.

Diskussion. Baumm: Vielleicht ist durch den kräftigen Kristeller eine so starke Kompression der Leber zustande gekommen, daß die Leberkapsel platzte.

L. Fraenkel hat einen Fall von Gehirnblutungen gesehen, welche nach Kristeller'scher Expression nach Steißlage zustande gekommen waren.

Baumm: Hirnblutungen haben wir bei Neugeborenen gesehen, die in Beckenendlage leicht geboren wurden.

Hannes: Die Schädelblutung im Falle Fraenkel's ist wohl auch asphyktisch bedingt infolge vorzeitiger Lösung der Placenta durch den Kristeller'schen Handgriff.

Küstner: Leberverletzungen an Neugeborenen werden nicht selten auf Wiederbelebungsversuche, besonders auf Schultze'sche Schwingungen zurückgeführt. Wohl meist mit Unrecht. Größere oder kleinere Hämatome unter

Digitized by Google

dem Peritonealüberzug können Folge der Asphyxie sein und sind dann gleichwertig den Blutergüssen an anderen Organen, besonders in den Meningen und den Ekchymosen unter dem Perikard und unter der Pleura. Ihrer Gestalt und Lage nach ist die demonstrierte Verletzung durch Quetschung entstanden. Ich halte es für sehr wohl möglich, daß sie durch den Rippenbogen herbeigeführt ist, während der Fötus durch den Kristeller'schen Handgriff in Kyphose stark zusammengebogen wurde.

3) Tassius: Placentarinfarkt und intrauterine Unterernährung.

Vortr. stellt ein neugeborenes Kind vor, dessen intrauterine Unterernährung auf einen die Hälfte der Placenta einnehmenden, weißen Infarkt zurückzuführen ist.

4) Scheffzek: a. Pyonephrose.

Am 20. X. 1912 wurde mir ein 18jähriges, langaufgeschossenes, blasses Mädchen in reduziertem Ernährungszustand zugeführt. Das Gewicht des 1,60 m großen Mädchens betrug 91 Pfund. Die Pat. gab an, daß sie mit 12 Jahren eine Blinddarmentzündung durchgemacht hätte, die 4 Wochen dauerte. Seither hätte sie sechs weitere Anfälle gehabt, den letzten im Januar 1912. Es fand sich an der typischen Stelle, an der rechten Seite des Unterleibes eine Druckempfindlichkeit. Die Genitalien boten außer einer virginellen Retroflexio keinen Befund. Da eine leichte febrile Abendtemperatur bestand und eine leichte Trübung des Urins, machte ich den auf Grund einer langjährigen hausärztlichen Beobachtung schon für den nächsten Tag verlangten Alexander-Adams nebst Appendektomie nicht, sondern cystoskopierte. Dabei fiel mir auf, daß aus der linken Uretermündung ein Eiterfaden flottierte. Der Blasenboden war mit ebensolchen Flocken belegt. Bei Druck auf die linke Niere entleert sich ein dicker Eiterstrom, wie ein Wurm aus dem Ureterostium herauskriechend, in die Blase. Die funktionelle Prüfung der Nieren ergab, daß die linke Niere gar nicht mehr funktionierte. Nachträglich gab die Pat. und ihre Mutter an, daß ihr nur gelegentlich eine Trübung im Urin aufgefallen wäre. Blasenbeschwerden hatte sie nie gehabt. Schließlich wurde statt des Appendix die rechte Niere entfernt, allerdings nach einer Zeit des Zögerns, in welcher das Gewicht des Mädchens auf 85 Pfund zurückging. Mit derselben Schnelligkeit erholte sich die Pat. nach der Operation. Sie hatte zirka $^1/_4$ Jahr nach der Operation fast 30 Pfund zugenommen und wiegt jetzt 138 Pfund. Die Niere zeigt in der Tat kein funktionierendes Parenchym. Sie ist stark geschrumpft, mikroskopisch sind alle Glomeruli fibrös verdichtet und vollkommen verändert. Im Parenchym finden sich allenthalben diffuse Leukocyteninfiltration und kleine Abszesse.

Ähnlich verhielt sich der nächste Fall, obwohl von vornherein Blasensymptome auf den richtigen Weg hinwiesen. Auch hier handelt es sich um ein junges Mädchen von 23 Jahren. Diese kam in die Sprechstunde, weil seit 3 Jahren Brennen und Schmerzen beim Wasserlassen bestanden. Der Urin war seit dieser Zeit trüb, dauernde ärztliche Behandlung brachte keine Besserung. In der gynäkologischen Sprechstunde wurde eine virginelle Retroflexio und Blasenkatarrh festgestellt. Bei der üblichen Blasentherapie besserte sich der Befund, indem der Urin sauer wurde und die Leukocyten abnahmen. Im Cystoskop war immer noch eine starke Gefäßinjektion zu sehen, jedoch keine tiefergreifenden Veränderungen. Als nun versuchsweise die Behandlung der Blase ausgesetzt wurde, entwickelte sich in einigen Tagen vor meinen Augen eine heftige Verschlimmerung. Der Urin zeigte auf einmal wieder sehr viele Eiterzellen und Blasenepithelien und starke alkalische Reaktion. Es traten auf einmal so heftige Blasenkrämpfe ein, daß bei der Spülung höchstens 100 ccm einlaufen konnten. Die Blase bedeckte sich innerhalb

Digitized by Google

einiger Tage mit Geschwüren, das gab die Veranlassung zu einer genauen Nierenuntersuchung. Bei der Palpation schien die linke Niere vergrößert. Auch das Röntgenbild gab einen entsprechenden Schatten. Es war möglich, daß es sich um eine funktionelle Hypertrophie handelte. Leider verkleinerte die funktionelle Untersuchung die Unsicherheit der Operationschancen nicht. Der Phloridzinversuch ergab kein eindeutiges Resultat, da die Zuckerausscheidung beiderseits erst sehr spät auftrat. Da die linke Ureterpapille zwischen geschwollenen Schleimhautfalten versteckt lag, konnte die Entleerung des linken Ureters nach Injektion von Indigokarmin nicht genau beobachtet werden. Schließlich ergab das gesonderte Sekret der rechten Niere eine geringe Eiterbeimengung und machte eine Operation nicht gerade aussichtsvoll. Aber die ständig zunehmenden Schmerzen der Pat., deren Blase schließlich nur noch einige Kubikzentimeter Urin halten konnte, drängte zum operativen Einschreiten. Nach 6 Wochen langer Beobachtung wurde diese Niere exstirpiert. Dieses mit kittartigen Massen gefüllte Kavernenkonglomerat hat sicher keinerlei Funktion im Körper verrichtet, als die, daß es ihn mit seinen Giftstoffen schädigte. Trotzdem waren die Symptome nach 3jährigem Bestehen der Erkrankung verhältnismäßig gering. Sie reichten jedenfalls hin, um von vornherein die Aufmerksamkeit auf die Niere hinzulenken. Auch hier sind die Glomeruli mikroskopisch total verändert. Das Parenchym ist auf das dichteste mit kleinzelligen Infiltrationen durchsetzt. Obwohl Riesenzellen nicht gefunden werden konnten, erwecken die ausgedehnten Verkäsungen den Verdacht auf eine tuberkulöse Erkrankung. Dieser bestand auch schon vor der Operation, da die Tuberkulininjektion einen positiven Ausfall ergab. Tuberkelbazillen sind weder durch die Verimpfung auf Meerschweinchen noch nach Anreicherung mit Antiformin im Schnitt gefunden worden.

In gleicher Richtung liegt der dritte Fall, der eine 33jährige Frau betrifft, die drei spontane Geburten hatte. Kurze Zeit nach ihrer Verheiratung bekam sie wegen großer Schmerzen zur Zeit der Periode ein Pessar. Seither wurde wegen Rückwärtslagerung mit Pessaren und Massage weiter behandelt, bis im Jahre 1910 ein Alexander-Adams ausgeführt wurde. Schon vor der Operation wurde ein Blasenkatarrh festgestellt und in der üblichen Weise behandelt. Die Operation besserte die Beschwerden, zu deren Beseitigung sie gemacht worden war, in keiner Weise, daher kam die Pat. zu mir. Der Urin war getrübt, schwach sauer. Cystoskopisch wurde eine Cystitis mittleren Grades gefunden. Da nun die Frau angab, daß im Anschluß an eine Bandwurmkur, die in der Rekonvaleszenz nach dem Alexander-Adams vorgenommen wurde, Blut im Urin erschien, wurden die Ureteren sondiert, die rechte Ureteröffnung klaffte weit. 17 cm hinter ihr findet der Katheter ein Hindernis. Es entleert sich nur spärlich stark alkalischer Urin. Die linke Niere lieferte klaren, sauren Urin. Daraufhin wurde eine rechtseitige Pyonephrose, verursacht durch Nierenstein, angenommen, und da die Pat. stark abmagerte, riet ich ihr zur Operation. Dazu konnte sich die Frau bisher nicht entschließen. Sie wandte sich vor einigen Monaten an Kollegen Ossig, der dieselbe Diagnose auf der Röntgenplatte stellte, die ich Ihnen dank seiner Liebenswürdigkeit herumgeben kann.

Wenn auch diese Fälle nichts Neues sagen, so beweisen sie doch, daß dort, wo neben Genitalveränderungen Beschwerden von seiten des Harntraktus vorhanden sind, die einfache physikalisch-chemische Untersuchung des Urins nicht genügt. Sie muß durch die Cystoskopie ergänzt werden. Vor allem ist eine Operation an den Genitalien so lange aufzuschieben, bis man ernstere pathologische Veränderungen an der Niere ausgeschlossen hat.

Digitized by Google

Schließlich noch ein Wort über die Heilbarkeit der ulzerösen Veränderungen der Blase, die sich in den ersten beiden Fällen vorfanden. Die Heilung derselben erfordert sehr lange Zeit, und die Folgenzustände sind nach ausgedehnten Blasengeschwüren so schwere, daß sie das Bewußtsein, geheilt zu sein, in den betroffenen Personen nicht aufkommen lassen. Sie bestehen in der verminderten Kapazität der Blase infolge der Narbenschrumpfung.

b. Zur Würdigung der Post partum-Blutungen.

Vor ungefähr Jahresfrist schilderte Herr Heimann (Münchener med. Wochenschrift 1911, Nr. 24.) die Erfahrungen der Universitäts-Frauenklinik bei Post partum-Blutungen. Demnach ist unter 20 000 Geburten keine einzige Entbundene an einer Atonie zugrunde gegangen. Und doch sind zur Bekämpfung solcher Blutungen keine anderen Mittel versucht worden wie Einspritzungen von Secacornin unter Uterusmassage, heiße bzw. kalte Uterusspülungen; alles Mittel, die wir zu den landläufigsten zur Bekämpfung der Nachgeburtsblutungen zählen.

Auf der anderen Seite wissen Sie, daß auf dem Kongreß in Straßburg Labhardt Fälle von so schweren Nachgeburtsblutungen vortrug, daß, um sie zu stillen, operatives Vorgehen angewandt werden mußte. Dieses operative Vorgehen, das von Labhardt zuletzt im Zentralblatt für Gynäkologie 1912 an der Hand von vier Fällen publiziert wurde, besteht in folgendem:

Durch einen möglichst kleinen Laparotomieschnitt wird der Uterus aus der Bauchhöhle herausgezwängt und an einer Hakenzange hoch angezogen gehalten. Nun wird ein Gummischlauch dicht über dem Blasenansatz fest um den Uterus geschnürt, und diese Umschnürung wird durch kreuzweise über ihr eingestochene Stricknadeln an derselben Stelle erhalten. — Nun folgt die Amputation des Korpus und Versorgung des Stumpfes. Ein ähnliches Verfahren empfiehlt Kehrer in Nr. 12 der Münchener med. Wochenschrift an der Hand von zwei Fällen. Ein ebenfalls chirurgisches, aber konservatives Verfahren gibt im Zentralblatt 1911, Nr. 45 Krönig an. Es besteht darin, daß man nach Eröffnung der Höhle von oben das Peritoneum über dem Gefäßdreieck schlitzt, den die Arteria hypogastrica kreuzenden Ureter beiseite schiebt und mit einer Deschamps'schen Nadel die Hypogastrica am Abgang der Iliaca communis unterbindet. Die Ovarica soll im Lig. latum umstochen werden.

Wenn man nach einer Erklärung dafür sucht, daß eine Klinik nicht einmal die Uterustamponade notwendig hat, um ihre Blutungen zu stillen, während eine andere zu den größten Verstümmelungen ihre Zuflucht nehmen muß, so kann man diesen Unterschied nicht allein durch das Temperament der betreffenden Geburtshelfer erklären. Auch ich habe bisher zur Stillung der Blutung nach Geburten und Abort höchstens die Tamponade geübt! — Aber daß auch ein wenig für chirurgisch eingreifende Verfahren eingenommener Geburtshelfer gelegentlich in die Verlegenheit kommen kann, zur Stillung einer Blutung das Organ herauszunehmen, das beweist dieser Uterus (Demonstration). Er gehört einer 34 Jahre alten Frau, die in den 7 Jahren ihrer Ehe drei spontane Geburten und im Laufe der letzten 2 Jahre 3 Aborte von $5^1/_2$, 6 und 5 Monaten durchgemacht hatte. Schon nach der zweiten Geburt wurde sie wegen häufiger Blutungen von einem Gynäkologen behandelt. Seit der letzten Fehlgeburt vor 5 Wochen blutet sie dauernd. Bei der Aufnahme findet man einen faustgroßen, weichen und retroflektierten Uterus. Es blutete mäßig. Bei der in Äthernarkose ausgeführten Ausschabung werden unter starker Blutung mehrere, derb sklerosierte Placentareste entfernt. Als die Curettage fast beendet ist, geht plötzlich der Widerstand der Uterus-

Digitized by Google

wand verloren. Der Uterus ist wie ein schlaffer Sack, er wird tamponiert und bimanuell komprimiert, die Blutung steht aber nicht. Da eine Antefixur beabsichtigt war, wird der vordere Douglas eröffnet. Dabei findet sich Blut im Abdomen. An dem herausgewälzten Uterus ist in der rechten Tubenecke ein pfennigstückgroßer, ovaler Defekt zu sehen, mit unregelmäßigen zerfransten Rändern. Man hat den bestimmten Eindruck, daß hier die Curette, die übrigens mit großer Vorsicht geführt worden war, nicht durchgestochen wurde, sondern daß sie die letzten Reste einer dünnen Muskelschale durchgerieben hatte. Ich versuchte den Defekt zu übernähen. Jeder Stich schnitt in dem matschen Gewebe durch und erzeugte eine neue Blutung. Inzwischen bleibt das Korpus schlaff, und aus dem Muttermund blutet es trotz Tamponade weiter. Um der Blutung Herr zu werden, amputierte ich nach Art der Rieck'schen Operation den Uterus vaginal. Glücklicherweise hatte ich mit dem Ehemann persönlich verhandelt, und dieser hatte mir, wegen der häufigen Blutung unter der Geburt den Vorschlag gemacht, die Frau zu sterilisieren; denn sonst wäre ich in eine gleich unangenehme Lage geraten wie seinerzeit Dührssen. Die Uterusinnenfläche zeigt eine weitgehende Zerklüftung, und zwar in größerem Umfange als es den herausbeförderten Placentaresten entspricht. Das Myometrium ist an einzelnen Stellen so stark rarefiziert, daß die Wand nur Millimeterstärke aufweist! — Das gleiche zeigte die mikroskopische Untersuchung, außerdem zwischen den Muskelbündeln der verdünnten Wand kleinzellige Infiltration.

Was sich also hier bei einer Gravidität in den früheren Monaten ereignet hat, nämlich, daß man sich gezwungen sah, ein Organ zu opfern, um der Blutung aus demselben Herr zu werden, das könnte doch ebenso leicht am Ende der Schwangerschaft passieren. Trotzdem bleibt die auffallende Tatsache, daß ich in Übereinstimmung mit den anderen, die sich zu dieser Sache geäußert haben, mit Ergotin, Massage und Tamponade ausgekommen bin, wenn es sich um unkomplizierte Post partum-Blutungen handelte. Die Todesfälle an Verblutung, die ich beobachtete, betreffen, so wie es Herr Heimann schilderte, durch Placenta praevia und Uterusriß komplizierte Nachgeburtsblutungen. — Heimann hat unter 84 Nachgeburtsblutungen 6 Frauen durch Verblutung verloren. Ich halte es aber nicht für richtig, diese Fälle besonders zu betrachten, oder in Abzug zu bringen, schon allein deshalb nicht, weil es häufig nicht möglich ist, die Differentialdiagnose zwischen reiner atonischer und Rißblutung zu stellen. Es ist auch leicht zu sagen, daß man einen Cervixriß nähen soll. Ich habe es an einem Falle erlebt, daß ein Cervixriß nach einer spontanen Ausstoßung eines Eies von 5 Monaten zu einer Rißblutung führte. Es gelang mir nicht bei bester Assistenz, die oberste Ecke des Risses zu fassen, so daß ich gezwungen war, die Cervix auszulösen und das Parametrium abzuklemmen. Zu wiederholten Malen mußte ich aber im Privathause die Naht eines Cervixrisses wegen mangelnder Beleuchtung und Assistenz aufgeben und zur Tamponade greifen. Der Umstand, daß sich überall gelegentlich eine Gebärende an einer Rißblutung verblutet, ist ein Zeichen dafür, daß die Stillung der Blutung nicht prompt genug erfolgt. Deshalb möchte ich meine Ansicht dahin zusammenfassen, daß in der Klinik das Augenmerk darauf zu richten ist, daß die Stillung in kürzester Zeit eine definitive ist. Reichen Ergotin, Uterusmassage und Tamponade nicht aus, gelingt insbesondere die Umstechung eines hoch hinaufreichenden Cervixrisses nicht in zuverlässigster Weise, so sind Verfahren wie das von Labhardt und Krönig am Platze. Selbst die Opferung des Organs braucht nicht so große Bedenken zu erregen, da dieses in solchen Fällen meist degeneriert ist.

Digitized by Google

c. Knochennaht am Femur eines Neugeborenen.

Die gewöhnliche Therapie der Diaphysenbrüche des Neugeborenen ist deren Immobilisierung durch Verbände. Es wird damit meist ein befriedigendes funktionelles Resultat erzielt. Der anatomische Erfolg ist, wie uns gelegentliche Röntgenbilder zeigen, im Anfang ein recht wenig befriedigender. Das funktionelle Resultat entzieht sich unserer Beobachtung und Kenntnis. Ist es schlecht, so wird es den Orthopäden beschäftigen. Im allgemeinen ist anzunehmen, daß die außerordentlich große formative Fähigkeit des kindlichen Knochens auch in dieser Beziehung schließlich zu einem annehmbaren Resultat führt.

Daß gelegentlich Frakturen zu ihrer Adaptierung eines differenzierteren Verbandes bedürfen, zeigt der Vorschlag von Brewitt, der eine ganz zweckmäßige, wenn auch etwas umständliche Behandlung mit Gipsschienen für den Oberarm anregte.

Die gewöhnliche Behandlung der Frakturen der Femurdiaphyse besteht darin, daß man nach einem Vorschlag von Credé das Bein am Körper durch Binden oder Heftpflaster festmacht. Diese Behandlung ist, wie man schon durch Palpation feststellen kann, in anatomischer Hinsicht eine recht mangelhafte. Sie berücksichtigt ja eigentlich nur die Immobilisierung, während das wichtigste Prinzip, die Adaptierung der Frakturenden, in grober Weise vernachlässigt wird. Im Gegenteil, durch die starke Hebelung, welche der untere Teil des Femurs durch den Bauch erfährt, wird das untere Fragment nach hinten disloziert. Dagegen hat diese Art der Behandlung der Oberschenkelfraktur den unbedingten Vorzug der Einfachheit. Sowohl die Säuberung, wie auch die Ernährung des Kindes bieten dabei keine Schwierigkeiten. Deshalb hat wohl der Vorschlag des Extensionsverbandes in der Weise, wie man ihn bei Erwachsenen anwendet, keinen besonderen Anhang gefunden. Er ist meines Wissens nur selten gemacht worden. Das Handbuch für Geburtshilfe kennt die Extensionsbehandlung der Oberschenkelfraktur bei Neugeborenen nicht.

Nur selten wird es nötig sein, Knochenbrüche der Neugeborenen durch blutige Reposition und Naht zu behandeln. Diesbezügliche Angaben sind gemacht und geübt worden bei den Epiphysenlösungen, die nach Helferich auf die Diaphyse aufgenagelt wurden.

Der folgende Fall verdient deshalb einiges Interesse, da es mir nicht gelungen ist, auf unblutigem Wege die auffallend starke Dislokation der Fragmente zu beseitigen. Es handelt sich um das Kind einer 38jährigen VIgebärenden, welche bei den drei letzten Geburten ärztliche Hilfe wegen Steißlage brauchte. Am 26. XI. wurde wegen schlechter Herztöne durch Einhaken in die vordere Hüfte ein tief asphyktisches Kind entwickelt und nur mit Mühe wieder belebt. In der Annahme, daß das Kind inzwischen sterben würde, brachten es die Eltern erst nach 1 Tage in ärztliche Behandlung. Es war eine Fraktur, wie das Röntgenbild zeigte, in der Mitte des Oberschenkels. Nach manueller Reposition wurden Pappschienen angelegt, die mit Stärkegaze festgehalten wurden. Als aber nach 10 Tagen die Revision des Knochenbruches vorgenommen wurde, zeigte sich die enorme Dislokation gar nicht gebessert. Der Verband war ohne jede Einwirkung auf die Fragmente geblieben. Da die manuelle Reposition infolge der beträchtlichen Callusbildung nicht mehr möglich war, wurde zur blutigen Reposition geschritten. Nach Freilegung der Fragmente fand sich, daß sich Muskel zwischen die Frakturenden gelegt hatte. Daher die starke Dislokation, daher auch die Unmöglichkeit der Reposition. Da eine Drahtnaht in dem weichen Knochen durchschnitt, wurde nach Adaptierung der Fragmente und Naht der Weichteile ein fixierender Ver-

Digitized by Google

band angelegt. Nach 14 Tagen wurde derselbe entfernt. Es ergab sich nun im Röntgenbild (Demonstration) eine ideale Stellung der Fragmente.

Diskussion. Baumm demonstriert eine Eitersackniere.

Das Credé'sche Verfahren ist nicht gut. Daher zieht B. Schienung und Extension vor. Das Verfahren Scheffzek's erscheint nachahmenswert.

Küstner: Die Blasen- und Nierendiagnostik wird doch wohl auf den meisten gynäkologischen Kliniken mit allen exakten Methoden geübt. Dagegen verdient der Vorschlag der Knochennaht bei Oberschenkelfrakturen des Neugeborenen Beachtung. Das Credé'sche Bandagieren an den Rumpf extendiert zwar auch den frakturierten Oberschenkel, dennoch vermeidet es nicht beträchtliche Dislokation der Frakturenden. Deshalb wurde auf meiner Klinik in den wenigen einschlägigen Fällen der letzten Jahre die Extension so geübt, daß der frakturierte Schenkel durch einen kleinen Apparat vertikal zum Rumpfe des liegenden Kindes extendiert wurde. Doch ist auch so der Gegenzug am Rumpfe des Kindes nicht effektvoll genug anzubringen. Die Naht ist zweifellos sicherer. Schon vor Jahrzehnten habe ich die Knochennaht bei den scheußlichen epiphysären Diaphysenfrakturen am oberen Humerusende empfohlen. Hier ist die Naht, bezugsweise das Aufpflocken der Epiphyse auf die Diaphyse in der richtigen Stellung die einzig mögliche Maßnahme, durch die die schweren, dieser Verletzung folgenden Funktionsstörungen vermieden werden können. Oberarm- und Unterschenkelfrakturen lassen sich auch am Neugeborenen leidlich gut fixieren.

Rosenstein: Es gibt Blutungen post partum maturum et immaturum, die allen üblichen Mitteln trotzen, und bei denen als Ultimum refugium zur Erhaltung des Lebens die Exstirpation des Uterus notwendig ist. Leider wird dieselbe fast immer zu spät vorgenommen, wie auch die Literatur lehrt. Auch in dem vor einigen Jahren von mir berichteten Falle von Missed abortion wurde, nachdem alle Mittel, auch der Momburg, sich als erfolglos erwiesen hatten, zuletzt die Entfernung des Uterus vorgenommen, ohne das Leben der Frau erhalten zu können. Bei der Sektion zeigte es sich, daß die Placentargefäße hyalin degeneriert waren und keine Spur einer kontraktilen Substanz mehr enthielten. Solche Fälle müßten eben früher operativ angegangen werden.

Krüger: Mitteilung über gute Erfahrungen mit Pituglandol, das sich in der geburtshilflichen Poliklinik der Provinzial-Hebammenlehranstalt als sicheres Prophylaktikum gegen Nachgeburts- und Nachblutungen bei entbindenden Operationen erwiesen hat. Es wird empfohlen, unmittelbar vor geburtshilflichen Operationen (Zange, Wendung usw.) 2 ccm Pituglandol zu injizieren.

Scheffzek: d. Sakralparasit.

Im September 1912 kam die Trägerin dieser Frucht, eine 38jährige IVgebärende, wegen enormer Schwangerschaftsbeschwerden zur Aufnahme. Während die erste Zeit der Schwangerschaft ohne Störung vergangen war, stellte sich 8 Wochen vor der Aufnahme Schwellung der Beine ein und eine auffallende Zunahme des Leibesumfanges. Derselbe soll namentlich in den letzten 8 Tagen rapid zugenommen haben, es schwollen dann auch die Oberschenkel an. Der Schlaf verschwand.

Bei der Aufnahme machte die Frau einen erschöpften Eindruck. Das Herz war beiderseits verbreitert, die Töne unrein. Der Urin enthielt nach Esbach nicht meßbare Mengen Eiweiß, ferner Zylinder, Leukocyten und Erythrocyten. Die Urinsekretion war auf 200 ccm pro Tag herabgesetzt.

Der Leib war paukenförmig aufgetrieben und hatte einen Umfang von 124 cm. Die Haut war glänzend und zeigte starke erweiterte Venen und mäßiges Ödem.

Digitized by Google

Der Uterus druckempfindlich, sein Grund 2 Finger unter dem Proc. Von der Frucht nichts zu fühlen. Herztöne nicht zu hören.

Ebenso wie die Bauchdecken waren auch Labien und Beine ödematös. Ein freier Erguß in die Körperhöhlen war nicht nachweisbar. Es wurde daher ein Hydramnios diagnostiziert. Die Nierenschädigung, die namentlich in der stark verminderten Urinsekretion zum Ausdruck kam, mußte in erster Linie als eine mechanische, hervorgerufen durch die enorme Ausdehnung der Gebärmutter, aufgefaßt werden. Da eine Besserung der Urinsekretion durch Diuretika nicht zu erzielen war, und die Frau sichtlich herunter kam, wurde die Schwangerschaft unterbrochen. Durch einen hohen Blasenstich wurden $6^1/_2$ Liter Fruchtwasser entleert. Es blieben immer noch größere Mengen Fruchtwasser im Uterus, die zum Teil unter der Geburt, zum Teil beim Blasensprung abgingen. Bald stellte sich eine schlaffe Fruchtblase und unter leidlichen Wehen nahm die Geburt ihren Fortgang. Als der Kopf in der Beckenhöhle stand, trat Wehenschwäche ein. Nun stockte der kindliche Körper, und nachdem man mit der eingeführten Hand einen großen, weichen Tumor in der Steißgegend gefühlt hatte, wurde er mit energischem Zug entwickelt, wobei die mehrfach umschlungene Nabelschnur abriß. Hierauf trat eine atonische Blutung ein, die leicht gestillt werden konnte. Die weibliche Frucht wiegt einschließlich ihres Anhanges 2900 g. Die zugehörige Placenta ist auffallend groß und wiegt 800 g. Der Wochenbettsverlauf war, abgesehen von dem sehr reduzierten Kräftezustand, ein normaler. Man sieht an der Frucht einen über kindskopfgroßen, derben Tumor, der die Glutäalgegend einnimmt und nur die Analöffnung und die Vulva freiläßt. Auf dem Durchschnitt birgt der Tumor in seinem Innern neben knorpligen Massen ein weiches, markiges Gewebe, das histologisch als Knorpel und Gliagewebe zu erweisen ist. Es handelt sich demnach um einen Pygopagus parasiticus. Er verdankt seine Entstehung wie die bekannten Doppelmißbildungen einem Ei mit einer doppelten Keimanalage. Der minderwertige Teil derselben hat keine eigene Ernährung und Gefäßversorgung, sein Wachstum wurde von der größeren Fruchtanlage übernommen und bestritten. Die Bildung des parasitären Keimes ist zu verlegen bis in die Zeit, wo durch ungleichmäßige Teilung die Richtungskörperchen entstehen. Die Möglichkeit der Befruchtung eines solchen ist Voraussetzung. Da die dem Parasiten zugehörige Keimanlage von vornherein als gleichwertig zu betrachten ist, wurde vorgeschlagen, die von Ahlfeld stammende Bezeichnung Pygopagus paragus incompletus oder rudimentarius zu ersetzen. Neben diesem theoretischen haben derartige Anhänge in der Sakralgegend, mögen sie parasitärer Art oder echte Tumoren sein, auch ein praktisches Interesse. Auch in unserem Falle war die Schwierigkeit des Durchtritts des kindlichen Körpers manifest. In anderen Fällen waren komplizierte Eingriffe, Punktionen, Morcellements u. dgl. notwendig. Uthmöller besprach hier 1904 einen Fall, in dem der Tumor mit dem Sichelmesser abgetragen und dann zerstückelt wurde. Ähnlich verfuhr Nutilow. Selbst ernste, zu Uterusrupturen führende Geburtskomplikationen sind beobachtet worden. Das ist um so auffallender als doch diese Parasiten, wenn sie Bestandteile des Mesoderms enthalten, weich und kompressibel sind. Bietet die Geburt Schwierigkeiten, so ist selbst bei einem lebenden Kinde die Abtragung und Zerstückelung des Anhängsels für die Mütter das Schonendste. Wenn auch das Leben des Autositen dadurch geopfert wird, so ist das um so unbedenklicher, als dieser durch die Abgabe von Nährstoffen meist schlecht entwickelt und wenig lebensfähig ist.

e. Placenta praevia.

An der Hand des vorliegenden Präparates ist es uns gestattet, einen Einblick

Digitized by Google

in die anatomischen Verhältnisse bei Placenta praevia zu gewinnen. Es ist der Uterus einer 40 Jahre alten Frau, die am 5. II. 1912 in die Klinik aufgenommen wurde. Schon Weihnachten, also schon $^1/_4$ Jahr vorher, soll eine schwache Blutung aufgetreten sein. Erheblich wurde die Blutung am 3. II. abends. Aber erst nachdem die Blutung 24 Stunden gedauert hatte, wurde die Hebamme geholt, die gleichzeitig mit dem Arzt ankam. Dieser tamponierte und schickte die Frau herein. Sie kam an mit kaum fühlbarem Puls und subnormaler Temperatur. Es wurde sofort der Fuß heruntergeholt. Obwohl seit dem Eintritt in die Klinik kein Tropfen Blut mehr abging, trat nach $^1/_4$ Stunde der Tod ein. Man sieht am Präparat die Placenta fast auf der ganzen Vorderfläche des Uterus. Zwei Drittel des kleinhandtellergroßen Muttermundes werden von Placentamassen eingenommen. Am Rand der Placenta geht der Fuß in die Scheide, während der Steiß auf dem Rest der Placenta aufsitzt.

Es geschieht nicht allzu häufig, daß eine Frau mit Placenta praevia unentbunden zu Tode kommt. In der Regel vermag unsere Therapie, mag sie in der kombinierten Wendung oder in der Hystereuryse bestehen, die Leidende bis zur Ausstoßung der Frucht zu erhalten, meist spielt sich die Katastrophe in der Nachgeburtszeit ab. Es erscheint mir überflüssig, heute hier den Streit über die Vorzüge und Nachteile der beiden Behandlungsarten der Placenta praevia aufzurollen, nachdem die einschlägigen Fragen in der Diskussion, die sich im Dezember 1909 an den Vortrag von Hermes in der vaterländischen Gesellschaft anschloß, erörtert worden sind. Sie hat damals als springenden Punkt ergeben, daß die Ballonbehandlung für Gebärende keine besonderen Vorteile erzielt gegenüber der Wendung nach Braxton Hicks, dagegen bedeutend mehr Kinder rettet. Ich habe von meinen Vorgängern ein großes Lager von Gummiballons übernommen. Um diese aufzubrauchen, bin ich von Braxton Hicks zur Tokokinese übergegangen. Ich bin auf Grund der bisherigen Beobachtungen verwundert darüber, daß bei der Ballonbehandlung sich nicht mehr Mütter verbluten, als beim Herunterholen des Fußes. Der Blutverlust bei der Ballonbehandlung ist ein bedeutend größerer. Ich kann es mir nur dadurch erklären, daß diejenigen, die Gummiballons einführen, sehr zeitig zur Entbindung schreiten, in einer Zeit, wo die Frau erst zu bluten beginnt, während die Cervix eben erst den Finger passieren läßt. Während man jetzt schon den Ballon hindurchstoßen kann, muß man für das Herunterholen des Fußes erst eine gewisse Wehentätigkeit abwarten, um den Halskanal passieren zu können. Was man aber mit dem Tokokineter an Wartezeit spart, das wird durch den Blutverlust beim Einlegen des Instrumentes, ferner nach seiner Ausstoßung und beim abermaligen Eingehen zur Wendung reichlich kompensiert. Das Durchstoßen der mit dem Ballon armierten Zange durch die Placenta ist gelegentlich von einer enormen Blutung begleitet. Sie war in einem Falle so stark, daß ich mich bei einer Frau, die bis zur Einlegung des Ballons nur geringe Spuren Blut vergossen hatte, während der Ballon lag, zu einer Sectio, der einzigen, die ich bei der nicht allzu kleinen Anzahl von vorliegenden Mutterkuchen machen mußte, entschloß, weil Lufthunger und die anderen Zeichen enormen Blutverlustes nicht ratsam erscheinen ließen, dem beim Einlegen des Ballons zugefügten Blutverlust noch einen zweiten folgen zu lassen. Wenn der Ballon liegt, steht die Blutung so sicher, wie sie auch nach der Herunterholung des Fußes steht. Die aufregende Situation ist aber noch nicht vorüber, der Arzt muß fertig desinfiziert sich bereit halten, da nach Ausstoßung der Gummiblase wieder eine starke Blutung zu erwarten ist. Es muß die Frau in aller Eile umgelagert werden, und ohne Narkose soll es jetzt an die Wendung und an die Ausziehung gehen. Und doch habe ich

Digitized by Google

in einigen Fällen, wo ich nach Ausstoßung des Ballons einen vollständig erweiterten Muttermund erwarten mußte, wegen mangelnder Dehnung und Rigidität desselben es nicht gewagt, des ausgetragene Kind hindurchzuziehen, weil ich Risse in dem bei Placenta praevia so enorm zerreißlichen Gewebe fürchtete. Wie leicht könnte aber ein Unbefangener versucht sein, im Vertrauen darauf, daß soeben der Ballon durchgezogen wurde, auch den Kindeskörper nach der Wendung hindurchzuziehen. Ich habe dann den Fuß nur fixiert und war so gegenüber Braxton Hicks nur durch eine geringe Zeitersparnis gebessert. Ich glaube also, daß der Gesamtblutverlust sich bei beiden Verfahren die Wage hält, und es kann nur ein Zufallsergebnis sein, wenn die Ballonbehandlung einige Prozent weniger an verlorenen Müttern ergibt.

Ein sicherer Gewinn an kindlichen Leben steht aber auf seiten der Ballonmethode, und dieser mußte trotz aller, den Wert der Lebensfähigkeit solcher Kinder herabsetzenden Erwägungen Grund genug sein, um wenigstens in der Klinik dieser Methode den Vorrang vor der kombinierten Wendung zu geben. Bei der Bewertung der Kinderverluste beider in Frage stehenden Methoden erscheint mir ein Punkt von der größten Wichtigkeit, ein Punkt, der bisher, soweit ich die Literatur überblicke, nicht beachtet worden ist. Unsere statistischen Arbeiten über Placenta praevia stammen aus Kliniken, d. h. die behandelten Fälle stammen nicht aus einer Hand. Bei dem Wechsel der Assistenten hat die Ballonmethode ihre bestimmten Vorteile. Es ist viel leichter, einem Ungeübten begreiflich zu machen, daß er das starre Instrument vorsichtig sondierend durch das Placentargewebe zu führen habe. Diesem weichen die fötalen Gefäße aus, wie es Geheimrat Küstner so treffend mit der Durchführung der stumpfen Nadel durch die blut- und gefäßreichen Lebergewebe zwecks Entfernung von Lebertumoren verglichen hat. Viel schwieriger findet aber der Ungeübte mit seinem Finger den geraden Weg durch das Placentagewebe. Es entsteht ein unsicheres Tasten und Suchen, dabei wird der Mutterkuchen flächenhaft abgelöst und das Kind stirbt ab. Das ist meiner Ansicht nach auch der Hauptgrund für die großen Verluste an Kindern bei der kombinierten Wendung, denn der Steiß kann ebenso wie der Ballon nicht mehr und nicht weniger von der Placenta komprimieren, als zur Stillung der Blutung eben notwendig ist. Der mit 500 ccm Wasser aufgespritzte Ballon nimmt keinen kleineren Raum ein als der Steiß. Die Differenz an lebenden Kindern würde sicherlich kleiner werden, oder vielleicht gar verschwinden, wenn in der Klinik Jahre hindurch nur immer derselbe Assistent die Wendung ausführen würde. Darin liegt der Grund der immer wieder in der Diskussion zutage tretenden Zuneigung der Praktiker für die Wendung nach Braxton Hicks, eine Zuneigung, wie sie in der vaterländiischen Gesellschaft seinerzeit durch Courant zum Ausdruck gebracht wurde und der eine Berechtigung durchaus zugebilligt werden muß. Daraus erwächst wieder den Schulen die Verpflichtung, die Wendung nach Braxton Hicks zu üben und zu lehren. Auch im vorliegenden Falle wäre wohl die Frau gerettet worden, wenn der Arzt der schon kreißenden Frau zur Behandlung mit Hystereuryse nicht den Weg zur Klinik zugemutet hätte, sondern, da er keinen Ballon mitführte, den Fuß heruntergeholt hätte. Dieser Eingriff läßt sich für das Kind dadurch recht schonend gestalten, wenn man bei Placenta praevia häufig das von vornherein schon schief liegende Kind äußerlich wendet; dann kann man ohne viel Manipulationen nach Durchbohrung der Placenta mit zwei Fingern den Fuß in die Scheide leiten.

f. Zur Sectio extraperitonealis.

Als Herr Baumm hier seine ersten, mit gutem Erfolg nach Frank operierten

Digitized by Google

Fälle demonstrierte, wurde ihm, der die neue Methode des Kaiserschnitts begeistert pries, viel Wasser in den Wein geschüttet. Die Zeit hat ihm recht gegeben. Seine letzte Schilderung von 100 suprapubischen Uterusschnitten weist 4% Mortalität auf und das bei einem Material von unausgesuchten Fällen, selbst solchen, die man nach den bisher angenommenen Anzeichen als infiziert betrachten mußte. Eine nicht minder große Beliebtheit hat sich die suprapubische Sectio auch unter denen errungen, die ihr anfangs sehr skeptisch gegenüberstanden. So hat Geheimrat Küstner, der noch im Januar 1909 über 104 klassische Kaiserschnitte aus den Jahren 1893—1908 berichtete und damals noch ein ausgesprochener Anhänger des alten Kaiserschnittes war, auf dem vorjährigen Kongreß in Berlin über die Erfahrungen aus 72 extraperitonealen Kaiserschnitten reden können. Aber auch andere haben teils mit kleineren, teils mit größeren Abweichungen nach Frank operiert. Diese zunehmende Beliebtheit des cervicalen Uterusschnittes entwickelte sich, obwohl sein zuerst hochgepriesener Vorteil, die infizierten Fälle angreifen zu können, sich immer mehr als illusorisch erwies. Heute hat wohl jeder der Operateure die Wahrheit des Satzes, daß dort, wo virulente Keime den Uterus bevölkern, auch der extraperitoneale Kaiserschnitt nichts ausrichten könne, erfahren müssen. Wenn auch im allgemeinen das der beste Schutz fürs Peritoneum sein und bleiben wird, daß man es überhaupt nicht eröffnet, so ist es für die Eröffnung keimhaltiger Organe eine Tatsache von großer Bedeutung, daß infizierte Bindegewebswände das Peritoneum infizieren können. Diese Tatsache muß von neuem und um so nachdrücklicher ins Licht gerückt werden, weil die ausgezeichneten Erfolge, die Baumm und Küstner bei infizierten Fällen hatten, diesen wunden Punkt des extraperitonealen Uterusschnittes zu verdunkeln geeignet sind. Auch ich habe bisher ausschließlich, getreu den an der hiesigen Hebammenlehranstalt gemachten Erfahrungen, den suprapubischen Uterusschnitt gemacht und hatte bisher in 25 Fällen befriedigende Resultate. Da kam eine Enttäuschung, und deshalb teile ich diesen Fall hier mit, gleichzeitig um zu zeigen, wie sehr wir noch der exakten Kriterien für die stattgefundene Infektion entbehren. — Es handelt sich um eine Igebärende von 36 Jahren, eine rachitische Zwergin. Dieselbe wurde 12 Wochen vor dem Ende der Gravidität in die Klinik aufgenommen, und bot in der ganzen Zeit bis zu ihrer Geburt einen normalen Befund. Innerlich wurde die Frau bei der Aufnahme untersucht und 8 Tage vor der Sectio, da es sonst nicht festgestellt werden konnte, ob die Geburt schon angefangen hatte. Das war nicht der Fall, um aber die sehr imbezille Person stets unter Augen zu haben, wurde sie unter ständiger Beobachtung auf der Station gehalten. In den letzten Tagen fiel eine leichte Schwellung der Labien auf, und man beobachtete Kontraktionen des Uterus, keine offenbare Wehentätigkeit. Am 22. XI. ging plötzlich mit Kindspech verfärbtes Fruchtwasser in geringer Menge ab. — Ich untersuchte und fand einen nahezu vollständig erweiterten Muttermund und darin die prall gespannte Fruchtblase. Da die Conjug. diag. $7^1/_4$ betrug, wurde zur extraperitonealen Sectio geschritten. Dieselbe verlief ohne jeden Zwischenfall in kürzester Zeit. An den nächsten beiden Tagen fiel bei leicht erhöhter Temperatur auf, daß die Darmfunktionen nicht so prompt einsetzten wie ich es sonst bei extraperitonealer Sectio gewöhnt war. Auch war die Pulszahl im Verhältnis zur Temperatur zu hoch, etwa 110—120. Dies blieb auch so, als die Peristaltik eingesetzt hatte. Das führte am 5. Tage zur Revision der Naht. Aus dieser trat dünn-eitriges Sekret heraus, und zwar nach Entfernung von drei Hautklammern in ziemlich reichlicher Menge. Das veranlaßte mich, die ganze retrovesikale Wundtasche zu revidieren, und da sie putrides Sekret in

Digitized by Google

reichlichen Mengen enthielt, wurde ausgiebig drainiert. Trotzdem traten peritonitische Symptome auf, und mehr unter den Zeichen der Peritonitis als unter denen der Sepsis trat am 6. Tage der Tod ein. Die Autopsie ergab überall in der Bauchhöhle spiegelnd glattes Peritoneum, keine Spur von einem Exsudat, dagegen war die Phlegmone vom Blasenbett aufwärts bis in das pararenale Gewebe gewandert. Wie Sie an diesem Präparat sehen können, wölbt sich die vordere Falte des Peritoneums völlig intakt über den Uterusschnitt. Derselbe ist hinter der Blase unauffindbar verschwunden.

Während ich bisher in vielen, durch häufige Untersuchungen von Hebammen und Ärzten außerhalb der Klinik sicher nicht mehr reinen Fällen höchstens leichte Störungen der Primärheilung beobachtete, hat sich hier in einem Falle, der nach den üblichen Anschauungen als rein zu gelten hätte, der mit allen verfügbaren Mitteln vor der Infektion geschützt worden ist, eine schwere Phlegmone entwickelt. Inwieweit die sehr imbezille Person trotz scharfer Beobachtung der Infektion Vorschub geleistet hat, läßt sich nicht feststellen. — Wenn wir aber nach so und so vielen Kaiserschnitten bei sicher nicht aseptischem Genitaltraktus gelegentlich einmal Unglück haben und eine Frau an phlegmonöser Jauchung unvermutet verlieren, so wird das gar nichts zu bedeuten haben gegenüber den anderen Vorteilen des suprapubischen Kaiserschnitts. Es ist ganz richtig, daß wir uns damit nicht begnügen dürfen, daß uns die Frau nach der Operation nicht stirbt. Bliebe von den Vorteilen des extraperitonealen Kaiserschnittes nichts mehr übrig als der Umstand, daß die Narbe mit den Organen der Bauchhöhle nicht verwachsen kann und, in der bei der Wochenbettsinvolution wenig beteiligten Cervix liegend, in Ruhe heilen und fest werden kann, so genügte schon das allein, um ihm den Vorrang vor dem klassischen Kaiserschnitt zu sichern.

Diskussion. Hannes: Die Hystereuryse ist leichter und somit blutsparender als die kombinierte Wendung, sie mindert die Zahl der manuellen Placentarlösungen bei Placenta praevia beträchtlich, was auch zur Besserung der mütterlichen Mortalität seinen Teil beiträgt.

Courant betont nochmals wie seinerzeit in der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur seine Bedenken gegen die Hannes'sche Weise, die Braxton Hicks'sche Operation vollständig auszuschalten, und alles auf eine Karte zu setzen. Bei Gefahr in Verzug muß eine Methode ohne diffizile technische Hilfsmittel dem praktischen Geburtshelfer zur Verfügung stehen.

Hannes: Der Ballon gehört eben ebenso zum Besteck des Geburtshelfers wie die Zange. Zur Hystereuryse genügt die Assistenz der Hebamme.

Baumm demonstriert als Gegenstücke: 1) Ein Präparat von Plac. praevia, 2) ein Präparat von Sectio suprapubica.

Küstner fragt, wie die Kaiserschnittswunde behandelt worden ist.

Scheffzek: Die Wunden sind, da es sich um einen reinen, nur von mir untersuchten Fall handelte, primär geschlossen worden.

Küstner: Ich halte, auch wenn es sich um sogenannte aseptische Fälle handelt, für zweckmäßig, die Wunde offen zu behandeln; d. h. die Cervix zu nähen und die Bindegewebswunde mit Gaze zu drainieren. War die Keimbeladung der Wunde gering und auch in der Qualität belanglos, so schließt sie sich schnell. Andernfalls tritt Eiterung ein; doch habe ich noch nie eine lebensgefährliche Phlegmone danach sich entwickeln gesehen. Im übrigen möchte ich nochmals betonen, daß die extraperitonealen Kaiserschnitte streng und prinzipiell von den

Digitized by Google

tiefen Kaiserschnitten, bei denen das Peritoneum absichtlich oder unabsichtlich verletzt wurde, geschieden werden müssen.

Baumm: Der Kaiserschnitt gelang nicht extraperitoneal. Der Name extraperitonealer Kaiserschnitt paßt überhaupt nicht, weil man es nicht in der Hand hat, ihn immer extraperitoneal zu gestalten. Besser ist: Sectio suprapubica oder Suprasymphysärschnitt.

5) Baumm: Blasenfisteloperation.

Die Fistel, fünfpfennigstückgroß, saß am Blasenhalse und war hinten an der Symphyse so fixiert, daß sie dem Auge nur wenig zugänglich war. Bogenschnitt längs des Schambogenrandes, die vordere Hälfte der Vulva umkreisend Der Schnitt lag zwischen großen und kleinen Schamlippen, die Klitoris mit umgreifend. Von diesem Schnitt aus wurden sämtliche Weichteile vom Rande und der Hinterseite der Schambeine losgelöst, wodurch der Blasenboden samt Fistel so weit herabsank, daß unter Zuhilfenahme einer Scheiden-Damminzision die Fistel fürs Messer zugänglich wurde. Spaltung des Fistelrandes, isolierte Naht von Blase und Scheide. Primäre Heilung bis auf eine Haarfistel, die nachträglich durch direkte Anfrischung und Naht geschlossen wurde.

6) Baumm: Mischgeschwulst.

Fibröser Cervixpolyp von Apfelgröße, der aus einem karzinomatösen Collum uteri herausragte. Sein Stiel war von Krebszapfen durchsetzt, die übrige Oberfläche frei von Karzinom; der Polyp war mit der hinteren Scheidenwand in geringem Umfang verwachsen. An der Verwachsungsstelle war die Scheide karzinomatös entartet. — Erörterung der Histogenese. Der Krebs der Scheide kann erst nach der Verwachsung als Metastase entstanden sein.

Diskussion. Küstner: Ich habe bei knochenfixierten Fisteln die Ablösung des Fistelrandes sowohl nach Schauta von einem Vaginalschnitt aus als nach Fritsch von einem suprasymphysären Schnitt aus gemacht, wiederholt beides mit Erfolg.

Die Heilung der Fistelnaht wird besonders bei schwierigen Fisteln wesentlich durch Ruhigstellung der Blase und Installierung permanenter, völliger Blasenleere unterstützt. Nach meiner Erfahrung aber nicht durch Dauerkatheter, sondern durch die infrasymphysäre Blasendrainage nach Stoeckel, die ich mit geradem Trokart mache, dessen Kanüle mit sichelartiger Anschwellung versehen ist und sich dadurch selbst in der Blase hält. Dieses Verfahren ist viel besser, als der hohe Blasenschnitt, bei welchem die permanente Urinbenetzung der Umgebung eine zu beträchtliche Unbequemlichkeit darstellt.

Zeitschriften.

2) Archiv für Gynäkologie Bd. XCIX. Hft. 3.

1) Arthur Foges. Pituitrinanwendung in der Geburtshilfe.

Die Versuche mit Pituitrin oder Pituglantol an der II. geburtshilflich-gynäkologischen Klinik in Wien (Wertheim), von welcher die Einführung dieses Mittels in die Geburtshilfe ausgegangen ist, haben folgendes ergeben: Unter 83 Fällen war der Erfolg 64mal positiv. Unter 61 Schädellagen kam es 60mal zur Spontangeburt, einmal war im Interesse des Kindes Forceps notwendig. 3 Fälle von Beckenend- und Fußlage wurden mit Erfolg behandelt. 12 Versager entstanden dadurch, daß die Bedingungen für Pituitrin nicht gegeben erschienen. Die Indikationen intra partum entsprechen ungefähr denen des Forceps, Muttermund dem Verstreichen wenigstens nahe, Kopf im Becken. Zu große Dosen

Digitized by Google

schädigen das Kind. Bei regelwidrigen Lagen ist Pituitrin kontraindiziert, in der ersten Geburtsperiode kann es zu Komplikationen führen. Einer Anregung Wagner's folgend, wurde Pituitrin mit Ergotin bei Post partum-Blutungen mit sehr gutem Erfolg angewendet, da Pituitrin die Frequenz der Wehen vermehrt, die Pausen verkürzt, Ergotin die Kontraktion verstärkt. Am besten injiziert man der schnelleren Resorption halber intramuskulär. Hervorragend wirkt Pituitrin besonders auch in Kombination mit Ergotin oder Secacornin bei Sectio caesarea. Bei den Fällen, in denen ante partum Hypophysenextrakt gegeben wurde, traten selten atonische Nachblutungen auf.

2) F. W. Bukojemsky. Die Gebärmuttersklerose (Arteriosclerosis uteri) und deren Zusammenhang mit den Uterusblutungen.

Verf. hatte Gelegenheit, in der geburtshilflich-gynäkologischen Klinik von Orloff in Odessa drei wegen unstillbarer Blutungen infolge Gebärmuttersklerose exstirpierte Uteri histologisch zu untersuchen. In allen drei Fällen fand er das typische Bild der Sklerose des Uterus und dessen Gefäßen vor. Das Bindegewebe war an allen Teilen der Uteri in mehr oder weniger hohem Grade gewuchert, das elastische Gewebe quantitativ stark vermindert. Ebenso fand er in den Gefäßen bedeutende Wucherung des Bindegewebes in der Adventitia und Media der Gefäße, die Quantität des elastischen Gewebes vermindert. Bei einem der Uteri konnte er eine Nekrose in den Gefäßwänden konstatieren. Unzweifelhaft waren die Veränderungen im Uterusparenchym wie in den Gefäßwänden die Ursache der enormen Blutungen.

3) J. Obata. Statistischer Beitrag zur Morphologie des Uteruskarzinoms.

Das Karzinommaterial aus dem pathologischen Institut der Universitäts-Frauenklinik wurde vom Verf. statistisch verwertet. Es schließt sich der rein formalen Einteilung von Schottländer und Kermauner an, welche zwischen 1) primär soliden und 2) primär drüsigen, zum Teil sekundär soliden Krebsen unterscheiden. Im zweiten Teil der Arbeit geht er dann noch auf die feinere Morphologie ein.

4) Elisabeth Weishaupt. Ein Fall von extraperitonealem Adenomyom und zwei Fälle von intraperitonealen Myomen des Ligamentum rotundum mit Anmerkungen über die Herkunft der epithelialen Einschlüsse.

Im ersten Falle handelte es sich um eine kleine, derbe, im rechten Leistenkanal, extraperitoneal und intrakanalikulär gelegene Geschwulst, bei der es sich nach Ansicht der Verfasserin um eine Hyperplasie, wahrscheinlich entzündlichen Ursprungs, nicht um eine eigentliche Neubildung handelt. Die quergestreiften Muskelfasern entstammten dem Musculus cremaster, die epithelialen Elemente dem Processus vaginalis peritonei. Das Überwiegen des sklerotischen Bindegewebes läßt auf ein längeres Bestehen der Geschwulst schließen. Im zweiten Falle wurde ein Myofibroma lymphangiectaticum des linken Ligamentum rotundum intraperitoneal von Faustgröße untersucht. Der dritte Fall war ein ebenfalls intraperitoneales Myom des Ligamentum rot. mit zentraler Nekrose und entzündlichen Adhäsionen. Die genaue makroskopische und mikroskopische Beschreibung muß im Original eingesehen werden. Die epithelialen Einschlüsse sind nach W. intrapelvin vom Peritoneum, extrapelvin vom Processus vag. herstammend. An die von hier stammenden Epithelzellen muß zuerst gedacht werden, ehe zur Deutung der epithelialen Einschlüsse auf embryonale Gewebsabschnürungen verwiesen wird.

Digitized by Google

5) Franz Cohn. Die klinische Bedeutung der Follikelsprungstellen im Ovarium.

Eine zusammenfassende Darstellung pathologischer Vorgänge, die sich an den Follikelsprung anschließen können, ist bis jetzt noch nicht gegeben worden. Verf. will diese Lücke ausfüllen. Er ist der Ansicht, daß sich manche pathologische Prozesse durchaus auf Berstung der Eierstocksfollikel zurückführen lassen. Seine Darlegungen faßt er wie folgt zusammen: 1) Die Sprungstellen der Eierstocksfollikel bilden nicht nur während ihres Offenseins eine Kommunikation zwischen dem Follikelinnern und der Bauchhöhle, sondern stellen auch nach ihrer Verklebung schwache Stellen in der Ovarialoberfläche dar. 2) Diese Stellen können sekundär wieder aufbrechen und dadurch von neuem Bauchhöhle und Corpus luteum miteinander in Verbindung setzen. 3) Es kann sowohl beim Follikelsprung als auch während und nach der Ausbildung des gelben Körpers zu Blutungen in die freie Bauchhöhle kommen. 4) Diese intraperitonealen Blutungen können lebensbedrohlich werden, können aber bei geringerer Intensität auch symptomlos verlaufen, jedoch durch Bildung von Hämatokelen und Verwachsungen zu späteren Folgezuständen Veranlassung geben. 5) Die Sprungstellen können auch Infektionskeimen den Eintritt in das Corpus luteum gestatten und so dessen Vereiterung ermöglichen. Unter den Erregern stehen hierbei der Gonokokkus und der Tuberkelbazillus obenan: 6) Auch die Entstehung maligner Tumoren auf dem Boden des Corpus luteum erscheint auf dem Wege durch die Sprungstellen möglich.

6) Bernhard Aschner. Über brunstartige Erscheinungen (Hyperämie und Hämorrhagie am weiblichen Genitale) nach subkutaner Injektion von Ovarial- oder Placentarextrakt.

Durch Untersuchungen an ca. 100 Meerschweinchen konnte Verf. nachweisen, daß Ovarialextrakt und in noch höherem Grade subkutane Injektionen von Placentarextrakt imstande sind, Hyperämie und Hämorrhagie (bis zur Ausbildung einer Hämatometra) zu erzeugen. Die mikroskopische Untersuchung ergab an dem hyperämischen Uterus nicht nur hochgradige Blutfüllung der Kapillaren und der größeren Gefäße, sondern auch Blutextravasate ganz nach Art der menstruellen Schleimhauthämorrhagien beim Menschen. Die Ovarien der mit Placenta behandelten Tiere zeigen nebst starker Hyperämie eine große Zahl reifender Follikel am Durchschnitt, ein Bild, das an die kleincystische Degeneration der Ovarien bei Uterusblutungen erinnert, andererseits auch an die Corpus luteum-Cysten bei Chorioepitheliom, die ja höchstwahrscheinlich auch unter dem Einfluß des inneren Sekretes der gewucherten Placentarelemente entstehen. Die normale Brunsthyperämie ist viel geringer, als diese artefiziellen Brunsterscheinungen. Bei Amenorrhöe und Sterilität ließen sich diese Resultate therapeutisch verwerten durch Anwendung subkutaner Injektionen eines aus Placenta hergestellten Extraktes. Die Blutungen bei Placentarresten lassen sich auch als durch innersekretorische Wirkung der Placentarreste zustande gekommene Hyperämie bzw. Hämorrhagie des Uterus erklären.

7) Vittorio Cantoni. Über die Blutveränderungen während der Menstruation.

Die bisherigen Beobachtungen über Blutgerinnung und Reaktion des Blutes während der Menstruation widersprechen einander. Die Untersuchungen des Verf.s bestätigen die Resultate von Kristen und Denk, daß das in den menstruierenden Frauen kreisende Blut seine Gerinnungsfähigkeit nicht ändert. Ebenso

Digitized by Google

tritt eine wesentliche Änderung der Reaktion des Blutes nicht ein. Der Prozentsatz des Albuminoidgehaltes des Blutes ist am größten in der Katamenialperiode.

8) Paul Heinrichsdorff. Die Beziehungen der Hyperemesis gravidarum zur akuten gelben Leberatrophie und sonstigen Sektionsbefunden.

H. kommt auf Grund seiner sorgfältigen Untersuchungen zu folgendem Resultat:

1) Die Hyperemesis ist eine typische Krankheit der ersten Hälfte der Gravidität, die sich über Wochen und Monate erstreckt und zu hochgradigem Gewichtsverlust führt, ohne daß eine Organerkrankung als Ursache dieses Zustandes aufzufinden ist. Sie geht meist in Heilung aus.

2) In sehr seltenen Fällen jedoch tritt auch bei reiner Hyperemesis der Tod ein, und der Sektionsbefund bietet keine positiven Ergebnisse.

3) Es gibt in der Gravidität Intoxikationen, die wir unter dem Begriff »Eklampsie«, »akute, gelbe Leberatrophie« seit langem kennen. Hierzu sind neuerdings noch weitere Intoxikationszustände getreten, die ein so scharf umschriebenes und einheitliches Krankheits- und Sektionsbild, wie die soeben genannten vermissen lassen, und sich anatomisch meist als Parenchymdegeneration der Leber, seltener als akute hämorrhagische Nephritis oder auch als toxischer Ikterus darstellen.

4) Diese Intoxikationen entwickeln sich entweder aus voller Gesundheit heraus oder auf der Basis einer Hyperemesis. Demgemäß sieht man auch im klinischen Bilde der letzteren häufig mehr oder minder plötzlich eine Verschlimmerung und Veränderung des Krankheitsbildes hervortreten, die bisher als drittes Stadium der Hyperemesiskrankheit aufgefaßt wurde.

5) Die Sektionsbefunde bei der Hyperemesis können nicht als anatomischer Ausdruck einer dieser Erkrankung etwa zugrunde liegenden Intoxikation betrachtet werden. Denn erstens besteht ein deutliches Mißverhältnis zwischen der langen Dauer der Hyperemesis und der Frische der Organveränderungen. Zweitens aber werden ganz gleiche Sektionsbefunde bei akut verlaufenden Schwangerschaftsintoxikationen beobachtet, bei denen gar keine Hyperemesis bestanden hat.

6) Die Hyperemesis kommt nicht von einer Intoxikation her, sondern geht in eine Intoxikation über. So erklärt sich in der Mehrzahl der Fälle der tödliche Ausgang der Krankheit.

9) Ernst Vogelsberger. Über die künstliche Einleitung der vorzeitigen und rechtzeitigen Geburt durch Galvanisation in Verbindung mit Pituitrin.

In der Straßburger Universitäts-Frauenklinik (Fehling) wurden bei der Einleitung der künstlichen Frühgeburt oder rechtzeitigen Geburt Versuche mit einer Kombination von der im Jahre 1843 von Schreiber angegebenen, 1885 von Bayer empfohlenen Galvanisationsbehandlung des Uterus und der Darreichung von Pituitrin angestellt. Diese erschienen von vornherein dadurch aussichtsvoll, daß die Galvanisation in der Eröffnungsperiode wehenerregend und wehenregulierend wirkt, ihre Wirkung mit der Eröffnung aber aufhört, während die Wirksamkeit des Pituitrin zu dieser Zeit anfängt. Das kombinierte Verfahren wurde in 18 Fällen, von denen 15 Geburtsgeschichten im Auszug wiedergegeben werden, angewandt, und zwar waren es 6 Fälle künstlicher Frühgeburt, 4 Fälle von Einleitung des Abortes, 8 Fälle am normalen Ende der Schwangerschaft. In den Frühgeburtsfällen trat

Digitized by Google

in allen Fällen der gewünschte Erfolg ein, die Kinder wurden lebend geboren, die Wochenbetten verliefen fieberfrei. Strikturen des inneren Muttermundes kamen zweimal infolge zu früher Pituitrindarreichung vor, gingen aber nach Aufhören der Wirkung zurück. Die Intervalle zwischen den einzelnen Galvanisationssitzungen dürfen nicht mehr als 2 Stunden betragen. In zwei Fällen von Abortus imminens trat in dem einen voller Erfolg ein, im anderen mußte wegen Blutung zur Metreuryse übergegangen werden. Ein Fall von Einleitung der künstlichen Fehlgeburt zeigte, daß auch hier das Verfahren leistungsfähig ist. In einem weiteren Falle versagte das Verfahren. Einlegen eines Metreurynters, später Pituitrin. Es trat eine spastische Striktur ein, die nach 36 Stunden zurückging. Von den 8 Fällen am Ende der Schwangerschaft entzog sich eine Frau nach drei Sitzungen der Behandlung. In den übrigen 7 Fällen wirkte das Verfahren schnell und gut. Die Indikation zur Einleitung der Geburt gab 4mal vorzeitiger Blasensprung, ein Fall von Übertragung bei engem Becken, 3 Fälle von Übertragung. Das Verfahren ist demnach besonders für Einleitung der Frühgeburt und rechtzeitigen Geburt sehr brauchbar. Nachteile hat es nicht, dagegen wesentliche Vorteile; die Art und Weise des Geburtsvorganges kommt den physiologischen Verhältnissen am nächsten.

10) Edmund Falk. Zur Therapie der Extrauteringravidität.

Auf Grund seines Materials ist F. der Ansicht, daß es keine Notwendigkeit ist, in jedem Falle eine Extrauteringravidität zu operieren, sondern daß man in einer großen Reihe von Fällen exspektativ verfahren kann. Allerdings betont er auch, daß eine beständige, am besten klinische Beobachtung in allen Fällen nötig ist. Seine Indikationen für die Vornahme einer Operation sind: 1) Die Feststellung einer nicht unterbrochenen Extrauteringravidität. 2) Jede mit starker Blutungsgefahr einsetzende Unterbrechung der Schwangerschaft. 3) Die Folgezustände jeder Extrauteringravidität, bei der voraussichtlich die Schwangerschaft den 3. Monat erreicht hat, insbesondere der Nachweis eines isolierten Tubentumors oder einer neben der Hämatokele bestehenden Eileitergeschwulst. Ein abwartendes Verfahren rechtfertigt sich bei der Annahme einer durch tubaren Abort beendigten Extrauteringravidität bis zur 7. Woche, bei der kein größerer Tubentumor nachweisbar ist, insbesondere wenn es zur Bildung einer diffusen, retrouterinen Hämatokele gekommen ist. Andauernde uterine Blutungen, wiederholte Ohnmachtsanfälle, eine nachweisbare Vergrößerung der Geschwulst, heftige Beschwerden, insbesondere über Tage sich ausdehnende, wehenartige Schmerzen indizieren auch hier die Operation. In dubio ist es besser, einen Fall zu früh zu operieren als zulange zu warten. Bezüglich der Notoperation bei vitaler Indikation steht F. auf dem Standpunkte, so schnell wie möglich zu operieren und nicht auf das Vorübergehen des Shocks zu warten. Die Säuberung des Peritoneums von Blut muß unter Schonung der Därme möglichst sorgfältig gemacht werden, da es keinem Zweifel unterliegt, daß durch Einwirkung des Blutes auf das Peritoneum eine Steigerung der Körpertemperatur erzeugt werden kann. Im allgemeinen zieht F. bei der Operation den abdominalen Weg vor, vaginal operiert er nur bei zirkumskripten Tumoren, die er auch vaginal operieren würde, wenn sie keine Tubargravidität wären. Die einfache vaginale Inzision der Hämatokele beschränkt F. nur auf infektionsverdächtige Fälle. Hohl (Bremerhaven).

Digitized by Google

Placenta, Eihäute, Nabelschnur.

3) **Wm. D. Macfarlane** (Glasgow). **Kaiserschnitt bei Placenta praevia centralis.** (Journ. of obst. and gynaecol. of the brit. empire Vol. XXII. Nr. 6. 1912. Dezember. p. 347.)

Nach ungünstigen Erfahrungen bei 5 Fällen von Placenta praevia centralis mit der Wendung nach Braxton-Hicks und Tamponade (1 Mutter tot, 4 Mütter hatten schwere Wochenbetten, alle 5 Kinder tot), machte Verf. bei einem Falle den klassischen Kaiserschnitt (IIpara, 14 Tage ante terminum, starke Blutung, leicht verengtes Becken). Mutter und Kind leben. Für Placenta praevia centralis ist der Kaiserschnitt die Therapie der Wahl. Hans Schlimpert (Freiburg).

4) **Boni** (Pisa). **Die Behandlung der Placenta praevia.** (Rassegna d'ostetr. e ginecol. 1913. Nr. 2.)

In der Klinik Pinzani zu Pisa wird die Behandlung der Placenta praevia nach folgenden Grundsätzen durchgeführt:

Bei Plac. praev. lateralis oder marginalis wird die Blase gesprengt. Besteht Schulterlage wird die äußere Wendung gemacht. Wenn bei der Placenta praev. marginalis die Blutung nach dem Eihautriß nicht steht und bei Placenta praev. centralis muß die Geburt schleunigst beendet werden, entweder durch Extraktion am Fuß, bzw. bei nicht feststehendem Kopf durch innere Wendung. Ist der Muttermund nicht genügend erweitert, wird nach Bonnaire gedehnt. Mit diesem Verfahren hat man die besten Resultate für Mutter und Kind. Findet man bei der bimanuellen Dilatation zu große Schwierigkeiten, so führt man die kombinierte Wendung auf die Füße aus. Der Kaiserschnitt bleibt für ausnahmsweise schwierige Fälle reserviert. Diese Art der Behandlung ergab 3,22% mütterliche und 26% kindliche Mortalität. Knoop (Duisburg).

5) **Linzenmeier und Brandes** (Kiel). **Extrachoriale Fruchtentwicklung und ihre Bedeutung für die Entstehung kongenitaler Deformitäten.** (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXXXII. Hft. 1.)

Verff. besprechen das nunmehr bekannte Bild der Grossesse extramembraneuse und zählen bereits 53 veröffentlichte Fälle auf. 10mal ist bei diesen ausdrücklich bemerkt, daß keine Deformitäten vorlagen. 8mal sind Klumpfüße, 4mal andere Fußdeformitäten angegeben. 3mal fanden sich Mißbildungen der oberen Extremitäten, 9mal Gelenkanomalien, wie starke Bewegungsbeschränkungen, Pseudoankylosen oder Kontrakturen; multiple Kontrakturen fehlen nicht. Die Ursache für diese Mißbildungen liegt in erster Linie in dem Fehlen des Fruchtwassers; in den letzten Monaten der Schwangerschaft können der Spannungsdruck infolge der Elastizität der Gewebe, der Tonus des Uterus und die transitorischen Kontraktionen bei fehlendem Fruchtwasser schädlich wirken dadurch, daß das Kind in einer bestimmten Haltung festgehalten wird, ferner durch direkten Druck auf den Kindeskörper, vor allem auf die Extremitäten. Bei schlaffem, torpidem Uterus können diese Schädigungen fehlen, und Mißbildungen bleiben aus. Verff. fordern auf, das geburtshilfliche Kindermaterial besser zu beobachten, um die vielen unentschiedenen Fragen zu klären, in erster Linie die noch immer unklaren Beziehungen des Fruchtwassermangels und des abnormen intrauterinen Druckes zur Deformitätenentstehung besser zu ergründen. Calmann (Hamburg).

6) **N. Sabella** (Neuyork). **Verwendung von Eihäuten zur Transplantation.** (Med. record 1913. März 15.)

Nach eingehender Beschreibung des Baues und der Entwicklung der Eihäute empfiehlt S. zur Deckung von Hautdefekten folgende Methode:

Digitized by Google

Material: Eihäute und Nabelschnur, von deren gesundem Aussehen man sich überzeugt und die von gesunder Pat. stammen, werden in physiologischer NaCl-Lösung ausgewaschen und unter mehrmaligem Wechsel der Lösung bis zu 72 Stunden konserviert.

Technik: Nabelschnur längs aufschneiden, Gefäße entfernen und das aufgeschnittene Innere mit der Wundfläche in Kontakt bringen. Die Wundfläche muß gereinigt (mit Wasserstoffsuperoxyd) und desinfiziert (mit 1—$^1/_{10}$‰iger Sublimatlösung), sowie bluttrocken sein; zum Schluß wird sie mit $^1/_{10}$-Normalsalzlösung abgewaschen. Verband: Gefensterter Silk und mit $^1/_{10}$-Normalsalzlösung getränkte Gaze. Darüber wasserdichter Stoff und reichlich Verbandgaze. Der Silk wird mit Kollodium fixiert, die darüberliegende Gaze täglich gewechselt und frisch angefeuchtet.

Die Methode hat sich in fünf Fällen gut bewährt.

Schottelius (Hamburg).

7) **J. delle Chiaje** (Neapel). **Torsion der Nabelschnur und Tod des Fötus.** (Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. 8. Jahrg. Nr. 3.)

Absterben des Fötus im 4. Monat. Die stark mit Wharton'scher Sulze durchsetzte Nabelschnur war enorm torquiert, die rechte untere Extremität war durch eine Nabelschnurschlinge abgeschnürt. Hohl (Bremerhaven).

8) **Makowski. Über Nabelschnurvorfall.** (Inaug.-Diss., Breslau, 1912.)

Frequenz 0,65% von 13 054 Geburten. Eingehende Besprechung der Ätiologie, deren wichtigstes Moment das enge Becken, 38,8% aller Fälle, bildet. Prognose infaust: 47,9%. Mit der Reposition ist nicht zu viel Zeit zu verlieren, bei Fußlagen ist sie auf alle Fälle zu verwerfen. Tabellarische Zusammenstellung von 86 klinischen Fällen von Nabelschnurvorfall. Basset (Breslau).

9) **F. L. Adair** (Minneapolis). **Eine Nabelschnurklemme.** (Surgery, gynecol. and obstetr. Vol. XVI. Nr. 1.)

Verf. verwendet zur Abnabelung einen Aluminiumstreifen, der ungefähr in der Mitte spitzwinkelig zusammengebogen ist. Dieser wird über eine Quetschfurche der Nabelschnur geschoben, sodann werden seine beiden Schenkel zusammengedrückt und durch Überbiegen eines zungenförmigen Fortsatzes des einen Endes über das andere geschlossen gehalten. Robert Stern (Offenbach).

Allgemeine Gynäkologie.

10) **Rosalie Slaugthon Morton** (Neuyork). **Wirkung der Industriearbeit auf die arbeitenden Frauen.** (Amer. journ. of obst. and dis. of w. and children 1913. Januar.)

Verfasserin führt die meisten Schädigungen auf zu lange Arbeitszeit und — im Verhältnis zum Manne — zu geringe Bezahlung zurück; daher könnten die Arbeiterinnen schlechter leben, und diese sowie hygienische Schäden seien maßgebender als der Geschlechtsunterschied. Das läßt sich in den verschiedensten Betrieben nachweisen. So ist z. B. die Dysmenorrhöe unter Arbeiterinnen, die in schlecht gelüfteten, dumpfen Räumen arbeiten müssen, häufiger. Allein durch Erholungspausen und ein kräftiges zweites Frühstück ließen sich in einem großen Betriebe die Gesundheitsverhältnisse der Arbeiterinnen in überraschender Weise bessern. — Betriebe, in denen die Arbeiterinnen 8—10 Stunden stehen müssen, seien ebenso durch die dauernde, einseitige Überlastung schädlich wie solche, in denen dauerndes Sitzen erfolgte. Bei Telephonistinnen ist die Überanstrengung

Digitized by Google

der Sinnesorgane als Schädlichkeit aufzufassen. — Aber alle diese Schäden seien mit der Natur der Betriebe nicht notwendig verknüpft und ließen sich durch geeignete hygienische Maßnahmen sowie Erholungspausen und bessere Bezahlung ausschalten. Über Detailfragen muß das Orignal nachgelesen werden.

Jaschke (Gießen).

11) **F. Jagle** (Paris). **Messungsstudien bei Frauen mit gynäkologischen Leiden.** (Revue de gynéc. 1912. Nr. 4.)

Der Verf. hat 5 Jahre lang an dem gynäkologischen Material des Hospital Broca anthropometrische Messungen vorgenommen. Als wichtig fand er das Verhältnis zwischen Schulterbreite und Hüftbreite »indice de robustesse«, und zwar ergab sich, daß im Mittel die Schultern der französischen Frau um 3 cm schmaler sind, als die Hüften. — Hauptursache der Entstehung und der Chronizität von Frauenleiden liegt in der Schwäche des Organismus, im besonderen in der Engigkeit des Thorax. Hier haben prophylaktische Bemühungen anzusetzen; neben den Operationsraum gehört ein Turnsaal und ein Sanatorium; — sie würden ihn häufig ersetzen können, wenn sie schon da wären und wenn die Gynäkologen diesem neuen Wege ihre Aufmerksamkeit zuwenden würden.

Küster (Breslau).

12) **Frederick J. McCann** (London). **Fortschritte auf dem Gebiete der Frauenkrankheiten 1912.** (Practitioner 1913. März.)

Übersichtsreferat, wesentlich im Anschluß an den 7. Internationalen Kongreß in Berlin. Besonders die peritoneale Wundbehandlung, Kaiserschnitt, geburtshilfliche Blutungen, Eklampsie, Behandlung des Uteruskarzinoms, Prolaps und Röntgentherapie werden einer kurzen Besprechung unterzogen. Neues ist in dem Artikel nicht enthalten.

Jaschke (Gießen).

13) **James E. Moore** (Minneapolis, Minn.). **Wo soll die Grenzlinie zwischen Medizin und Chirurgie in Grenzgebietsfällen gezogen werden?** (Transact. of the Southern surg. and gyn. assoc. Vol. XXIV. 1912. p. 61.)

Verf. will hauptsächlich nur die Fälle besprechen, in denen heute eine Einigung darüber, wer sie behandeln soll, noch nicht allgemein erzielt ist. Neben rein chirurgischen Gebieten kommen aus seiner Besprechung für uns folgende in Frage:

1) Nierenkrankheiten. Steine, eitrige Infektionen müssen chirurgisch behandelt werden. Die Tuberkulose ist, wenn auf eine Seite beschränkt, wie fast immer in Frühfällen, ebenfalls chirurgisch zu behandeln; die Berechtigung dazu ergibt sich aus dem Mißerfolg medizinischer und dem Erfolg chirurgischer Therapie.

2) Splanchnoptose. Hier schwanken die Meinungen noch außerordentlich. Verf. meint, daß eine operative Behandlung derselben, gleichgültig welches Organ betroffen ist, nur in Ausnahmefällen indiziert sei.

3) Die Appendicitis gehört in allen Fällen und in jedem Stadium in die Hand des Operateurs.

4) Tuberkulose. Die tuberkulöse Peritonitis mit freier Flüssigkeit oder Lokalisation an entfernbaren Organen, wie den Adnexen, ist chirurgisch zu behandeln.

Jaschke (Gießen).

14) **H. A. Oldenborg** (Chicago). **Übungsbehandlung der Enteroptose.** (Journ. amer. med. assoc. 1913. März 1.)

Starke Lordose, flache Brust, runde Schultern prädisponieren zu Enteroptose. Behandlung: Bei Bauchlage Massage der Rückenmuskeln, Druck auf die

Digitized by Google

Wirbelsäule beim Ausatmen; darauf bei Rückenlage Bauchmassage. Aufforderung zur abdominellen Atmung bei gebeugten Knien. Beugen der Oberschenkel unter passivem Widerstand während des Exspiriums, Abduktion und Adduktion der Schenkel bei Flexion im Hüftgelenk in Rückenlage, ferner die von Oldevig (Therapeutische Monatshefte 1910, November) empfohlene Übung. Aktive Kontraktion der Perinealmuskeln.

Alle Übungen sind synchron mit der Atmung auszuführen.

Schottelius (Hamburg).

15) **V. Dabney (Washington). Beziehungen der Genitalien zu Ohr, Nase und Hals.** (New York med. journ. 1913. März 15.)

Nach interessanten, historischen Rückblicken berichtet D. über eine ganze Reihe von Fällen, bei denen Anomalien der Physiologie oder Anatomie des Sexualapparates (Masturbation, Verhütung der Konzeption, Gravidität, Amenorrhöe, schwere Geburtsschädigungen, Prolaps, Dysmenorrhöe) zu krankhaften Erscheinungen im Gebiet der Nase, der Ohren und des Halses führten.

Schottelius (Hamburg).

Extrauteringravidität.

16) **Samuel M. Brickner (Neuyork). Die Diagnose der Extrauteringravidität.** (Amer. journ. of obst. and dis. of w. and children 1913. Januar.)

Verf. bespricht Diagnose und Differentialdiagnose der Tubargravidität und betont die Schwierigkeiten in einzelnen Fällen. Fehldiagnosen in Form von irrtümlicher Annahme oder Ausschließung einer Extrauteringravidität passieren selbst erfahrenen Gynäkologen, wieviel mehr also dem praktischen Arzte. Ätiologisch glaubt er, daß durchaus nicht immer Entzündungen der Tuben, Infantilismus usw. vorliegen. Man findet Extrauteringravidität in augenscheinlich ganz normalen Tuben, z. B. bei jung Verheirateten, bei wohlentwickeltem Genitale, Webster's Ansicht, daß es sich um einen Atavismus der Eiansiedlung handle, habe manches für sich.

Unter den einzelnen diagnostischen Zeichen hebt Verf. hervor, daß man nicht immer eine vorhergehende Amenorrhöe erwarten dürfe. Bei 50% seiner 130 Fälle war die Periode nie ausgeblieben. Manchmal ist die eintretende Tubenruptur das erste Zeichen, daß etwas nicht in Ordnung sei. In den übrigen Fällen freilich ist die verspätet oder nach längerer Amenorrhöe eintretende unregelmäßige, gewöhnlich nicht starke Blutung ein sehr wertvolles und jedenfalls immer Verdacht erregendes Zeichen.

Die Vergrößerung des Uterus ist nur bei länger dauernder Gravidität zu verwerten, da der Uterus dann kleiner ist als es der Zeit der Gravidität entspricht. Doch können Verwechslungen mit Abortus incompletus vorkommen. Für sehr charakteristisch hält Verf. die Lokalisation des Schmerzes auf einer Seite und die Art desselben, der meist als krampfartig, oft direkt als wehenartig angegeben wird. Findet sich gleichzeitig noch eine weiche, schmerzhafte Anschwellung neben dem Uterus, dann ist die Diagnose sehr wahrscheinlich.

Die subjektiven Schwangerschaftszeichen sind gewöhnlich höchst unsicher und fehlen vielfach.

Sieht man eine Frau im Kollaps mit frequentem Puls, dann sollte im Zweifelsfalle immer so gehandelt werden als ob eine Extrauteringravidität vorläge.

Jaschke (Gießen).

Digitized by Google

17) **G. Brown Miller** (Washington). **Einige Beobachtungen zur Diagnose der Extrauteringravidität.** (Amer. journ. of obst. and dis. of w. and children 1913. Februar.)

Der Verf. betont an der Hand von fünf Fällen die großen Schwierigkeiten, die die Diagnose der Extrauteringravidität gelegentlich selbst dem Geübtesten machen kann. Jaschke (Gießen).

18) **Gretschel. Ein Fall von echter Ovarialgravidität nebst kasuistischen Beiträgen.** Inaug.-Diss., Breslau, 1913.

Verf. teilt einen Fall von Ovarialgravidität mit, bei welchem zuvor als Wahrscheinlichkeitsdiagnose eine rechtseitige Tubengravidität angenommen, bei der Operation aber eine rechtseitige, echte Ovarialgravidität festgestellt wurde. Beschreibung des bei der Operation gewonnenen Präparates. Die Diagnose wurde durch mikroskopische Untersuchung gesichert. Kurze Mitteilung von 40, bereits in der Literatur beschriebenen Fällen von sicherer Ovarialgravidität.

Basset (Breslau).

19) **T. B. Grimsdale** (Liverpool). **Ein Fall von Eierstocksschwangerschaft mit ausgetragenem Kind.** (Journ. of obst. and gynaecol. of the brit. empire Vol. XXIII. Nr. 2. 1913. Februar. p. 115.)

22jährige IIIpara. Ein in der linken Seite gelegener Tumor wird als Ovarialkystom diagnostiziert. Amenorrhöe. Keine Schmerzen. Bei der Operation zeigt sich ein an der Stelle des linken Ovars gelegener, melonengroßer, frei beweglicher Fruchtsack, der Placenta und einen reifen, abgestorbenen Föt enthält. Die linke Tube ist normal. Ovarialgewebe ist nicht sicher im Fruchtsack nachzuweisen. Der Lage des Tumors nach stellt Verf. die Diagnose auf Ovarialgravidität.

Hans Schlimpert (Freiburg i. Br.).

20) **Carlton Oldfield** (Leeds). **Eierstocksschwangerschaft.** (Journ. of obst. and gynaecol. of the brit. empire Vol. XXIII. Nr. 1. 1913. Januar. p. 41.)

37jährige Nullipara. $2^1/_2$ Monate Amenorrhöe. Plötzlich einsetzende Schmerzen und Ohnmacht, Abgang von Deciduafetzen, linkes Ovar leicht vergrößert. Laparotomie. Sperlingseigroße Mole; mit Überresten eines Embryo im Becken. Linkes Ovarium geplatzt, zeigt im Innern reichlich Vaskularisation, Blutsinus, Zotten und Nitabuch'schen Streifen. Die Implantationsstelle war ausschließlich im Ovarium. Hans Schlimpert (Freiburg i. Br.).

21) **H. Pancot und A. Debeyre. Studie über junge Ovarialgravidität.** (Ann. de gynécol. et d'obstétr. 40. Jahrg. II. Serie. Hft. 10.)

Bericht über einen Fall von Ovarialgravidität. Auf Grund ihrer eigenen Untersuchungen und aus dem Vergleich ihrer Befunde mit denen anderer kommen die Verff. zu dem Schluß, daß in der Ovarialgravidität alle Feststellungen dahin gehen, den fötalen Ursprung des syncytialen Lagers zu beweisen. Die deciduale Reaktion ist keineswegs notwendig für die Implantation des Eies und zum normalen Aufbau seiner ersten Anlage. Die Implantation des Eies im Ovarium ist keine passive Erscheinung von Einschluß; sie ist ein aktiver Prozeß des Eindringens durch zelluläre Zerstörung. Das Ei kann befruchtet werden und sich entwickeln in einem Graaf'schen Follikel; selbst auf der Oberfläche des Ovariums befruchtet, kann es sekundär in den Follikel oder in irgend eine Stelle des Stromas des Ovariums eindringen. Ovarialschwangerschaft heißt also Schwangerschaft im Ovarium, aber nicht unbedingt in einem Follikel. Hohl (Bremerhaven).

Digitized by Google

22) **Charles R. Robins** (Richmond, Virginia). **Interstitielle ektopische Schwangerschaft.** (Transact. of the southern surg. and gyn. assoc. Vol. XXIV. 1912. p. 511.)

Unter 1324 Fällen von ektopischer Schwangerschaft sind von Rosenthal etwas weniger als 3% interstitiell gefunden worden. Verf. berichtet über den ersten Fall seiner eigenen Erfahrung. 27jährige IIIgravida mensis III mit typischer Anamnese. Ausgesprochene Schmerzattacken, dabei niemals Blutabsonderung nach außen. — Bei der Operation fand sich eine interstitielle Gravidität mit gut entwickeltem Embryo, erhaltenen Eihäuten und Blutergüssen zwischen denselben. Außen fanden sich drei kleine Rupturstellen, aus denen es geblutet hatte, und durch die die Eihäute sichtbar waren. Jaschke (Gießen).

23) **Th. O. Döderlein** und **M. Herzog** (Chicago). **Ein neuer Typus von ektopischer Schwangerschaft — Schwangerschaft in einem Uterusadenomyom.** (Surgery, gynecology and obstetr. Vol. XVI. Nr. 1.)

Das Ei siedelte sich in einem Drüsenschlauch eines Adenomyoms an, welcher mit der Uterusschleimhaut in Verbindung stand, und erweiterte diesen zum Fruchtsack. Bei der Operation fand sich eine wohlausgebildete Placenta in der Höhle des Adenomyoms, die mit dem Cavum uteri durch einen engen Kanal kommunizierte. Robert Stern (Offenbach).

24) **A. Frühinsholz** (Nancy). **Skelett eines ektopischen Fötus, in der Nähe des Endtermins auf rektalem Wege ausgestoßen.** (Revue prat d'obst. et de péd. 26. Jahrg Nr. 284.)

Im Namen von Eury (Charmes) berichtet der Verf. über einen Fall von ektopischer Schwangerschaft fast am Endtermin, in welchem nach einer Retention von $2^1/_2$ Jahren die Elimination der einzelnen Knochen des Fötus durch den Anus nach und nach in der Zeit vom 8. Mai bis zum 30. Juni 1892 stattfand. Im ganzen wurden 58 Knochen ausgestoßen. Die Pat. genas. Sie starb im Jahre 1900 an einer Herzerkrankung. Hohl (Bremerhaven).

Neugeborenes.

25) **Zipoira Goldfeld.** **Die Abhängigkeit der körperlichen Entwicklung Neugeborener vom Berufe der Eltern.** Inaug.-Diss., Würzburg, 1912.

Ausgehend von der Tatsache, daß große und kräftige Menschen entsprechende Kinder erzeugen und umgekehrt, und in der naheliegenden Annahme, daß zwischen Beruf der Eltern und den Kindern bestimmte Korrelationen bestehen, machte es sich G. zur Aufgabe, diese Frage an der Hand der Geburtsjournale 1903—1912 der geburtshilflichen Abteilung einer kritischen Untersuchung zu unterziehen. Es ist nicht möglich, die Kombinationen und Verschiebungen, wie sie sich in vielen Fällen in Gestalt von pekuniärem Besitz, intellektuellen Eigenschaften, moralischen Eigenschaften und Berufsschädigungen ergeben, zu prüfen, jedoch suchte G. insofern eine gleiche Basis herzustellen, als nur verheiratete Frauen unter innerhalb der Berufe gleichen Bedingungen und ohne schwere Organerkrankung berücksichtigt wurden.

Über 18 Berufsarten erstreckten sich die Untersuchungen (Lehrer, Kaufleute, Wirte, Fabrikarbeiter und Handwerker). Es zeigte sich nun das interessante Resultat, daß die Kinder der Lehrer an der Spitze stehen, da sie im Gegensatz zu den schlechtentwickelten Kindern der Taglöhner ein Plus von Gewicht von 346,13 g

Digitized by Google

und an Länge von 1,18 cm aufweisen, trotzdem bei den Taglöhnern unverhältnismäßig mehr Vielgebärende in Berechnung gezogen werden mußten. G. konnte den Satz, daß das Gewicht der Neugeborenen mit dem Alter der Mütter zunimmt, an den Resultaten bestätigen. Die Kinder Zweitgebärender waren um 66,6 g schwerer als die Erstgebärender. Die Kinder Mehrgebärender um 116,5 g schwerer als die Erstgebärender. Den Grund der ausgezeichneten Entwicklung der Lehrerkinder sieht Verf. in der körperlich und geistig höher stehenden Entwicklung dieses Standes. Ihm folgen daher auch zunächst Kaufleute und Wirte, Vertreter freier Berufe, die auf der einen Seite eine gewisse finanzielle Basis, auf der anderen Umsicht und Tatkraft erfordern. Auffällig ist, daß Fabrikarbeiter an vierter Stelle rangieren, ein Ausdruck jedenfalls der verschiedensten Fürsorgebestrebungen. Endlich konnte G. noch feststellen, daß Frauen, deren Berufe die schlecht entwickeltsten Kinder aufweisen, ihre ersten, zweiten und dritten Kinder um einige Jahre früher bekommen, als diejenigen Berufsarten, die an der Spitze marschieren, ein Beweis dafür, daß derjenige am skrupellosesten Kinder erzeugt, dessen wirtschaftliche Lage es am wenigsten gestattet.

Gfrörer (Würzburg).

26) **Friedmann** (Beuthen). **Über Ernährungs- und Entwicklungsstörungen beim Brustsäugling.** (Med. Klinik 1913. Nr. 16.)

Wenn Brustkinder abnehmen, so ist die Frage zu stellen, ob die Minderentwicklung auf einer Minderleistung des Säuglings oder der Säugenden beruht. Leider wird meist die Nahrungsquelle übereilt als fehlerhaft angesehen und durch eine andere, zum Schaden des Kindes, ersetzt. Sehr oft ist es das Kind selbst und deshalb wiederholte genaue Untersuchung erforderlich. Fieber und Dyspepsie sind nicht immer bloß in dem Darmtraktus allein begründet; sie beteiligt sich auch sekundär an anderen Erkrankungen (uropoetisches System Mittelohr, Nasen-Rachenraum).

Liegt die Ursache in der Stillenden, so ist es meist die zu häufige Darreichung der Nahrung, die zu Überfütterung und damit zu Dyspepsie führt. Wägung der Nahrungsmenge und genaue Dosierung ist da erforderlich, namentlich, wenn heruntergekommene oder zu früh geborene Kinder plötzlich einer sehr milchreichen Amme sich gegenüber finden.

Doch auch das hungernde Kind ist nicht selten und oft schon auf den ersten Blick als solches zu erkennen (Gesichtskolorit, Gewebsturgor, geringe Muskelaktion, Entwicklung hinter dem normalen Stand des entsprechenden Alters). Die Brustdrüse der Mutter ist — oft aus sozialen Ursachen — doch oft insuffizienter als manche moderne Statistiken und Publikationen aus Propagandagründen es wahr haben wollen.

Zur Beantwortung der Frage: Was leistet eine Brust?, ist nur die Wage imstande. Einmal die Gewichtszunahme des Kindes pro Woche und dann pro Mahlzeit. Die Gewichtsserien müssen parallel festgelegt werden. Um eine Brust leistungsfähiger zu machen, heißt es gute Hausmannskost verordnen, nicht künstliche und wertlose Dinge. Wirkliche Insuffizienz der Brust erfordert Allaitement mixte. Laufende Brüste sind auch bedenklich, weil der in der Brust zur Mahlzeit verbleibende Rest minderwertig und unzureichend ist.

H. Köhler (Kiel).

27) **H. Dorlencourt** und **H. Edelmann. Die habituelle Verstopfung des Säuglings.** (Gynécologie 17. Jahrg. Nr. 1. 1913.)

Die Kenntnis der Ätiologie und Pathogenie ist ein unbedingtes Erfordernis für die Stellung der Diagnose und die Behandlung. Die Verff. besprechen die

Digitized by Google

klinischen Erscheinungen und die Ätiologie der Verstopfung, die meist in fehlerhafter Quantität oder Qualität der Milch oder in der Natur des Nahrungsmittels begründet ist, je nachdem das Kind mit Muttermilch, mit der Flasche oder mit einem Ersatzmittel ernährt wird. Daran schließt sich eine Besprechung der Therapie. Hohl (Bremerhaven).

28) **J. Clifton Edgar** (New York, City). **Der „Infant Pulmotor". Ein Apparat für künstliche Respiration bei asphyktischen Neugeborenen.** (Journ. of obst. and dis. of w. and children 1913. Februar.)

Beschreibung und Empfehlung des Roth-Draeger'schen Sauerstoffaparates zur Bekämpfung der Asphyxie nebst genauer Gebrauchsanweisung.

Jaschke (Gießen).

29) **F. Engelmann** (Dortmund). **Die Sauerstoffdruckatmung zur Bekämpfung des Scheintodes der Neugeborenen.** (Med. Klinik 1913. Nr. 9.)

Die Unzulänglichkeit der bisherigen Methoden der künstlichen Sauerstoffzufuhr für den asphyktischen Säugling haben E. dazu gebracht, einen Apparat zu konstruieren, der mit der etwas modifizierten Wantscher-Tiegel'schen Maske versehen ist und an eine Sauerstoffbombe angeschlossen ist, aus der der Sauerstoff mit leicht dosierbarem Druck ausströmt. Der gewöhnlich benötigte Überdruck beträgt 2—3 cm Wasser. Die Methode ist an 2000 Neugeborenen erprobt. Die Kinder werden an den Beinen suspendiert, die Atemwege vom Schleim befreit, die Maske vorgehalten und nun atmungsrhythmische Thoraxkompressionen ausgeführt. Der Apparat kann auf den Roth-Dräger'schen eventuell aufmontiert werden. Auch ist ein kleines Handtaschenmodell für die Privatpraxis konstruiert. H. Köhler (Kiel).

30) **Gaifami jun.** (Bern). **Hämoperitoneum beim Neugeborenen.** (Ginecologia 9. Jahrg. Nr. 16.)

In diesem »Beitrag zur pathologischen Anatomie der intrauterinen Asphyxie und den seltenen Ursachen des Todes des Neugeborenen« referiert der Verf. über sechs Fälle von Hämoperitoneum. In dreien von diesen hatten die Kinder 1 bis 5 Tage gelebt, in den anderen drei Fällen starben sie unmittelbar nach der Geburt an schwerer Asphyxie. Die Ursachen des Blutergusses waren sehr verschieden, und zwar:

I. Kind schwer asphyktisch geboren, 4600 g schwer. Abnabelung nach Abklemmung des Nabelstranges mittels einer Pince. Schultze'sche Schwingungen bei liegender Klemme. Großes präperitoneales Hämatom und freies Blut im Abdomen. Ursache: Abreißen der Nabelvene. An der Vene fanden sich mikroskopisch weder luetische noch entzündliche Veränderungen.

II. Ebenso schwere Asphyxie nach schwieriger Extraktion am Fuße bei einer Ipara. Kind 4200 g. Im Abdomen 30 ccm Blut. Hämatom im Mesokolon. Ursache: Am unteren Leberrand unregelmäßiger Riß von ein paar Zentimetern.

III. Spontaner Partus praematurus. Sehr heftige Wehen. Kind frischtot. Bei der Autopsie spritzt bei Eröffnung des Abdomens das Blut im Strahl heraus. Im Bauche frisches und geronnenes Blut. Ursache: Ruptur von Vasis epiploicis. Lues sehr unwahrscheinlich, aber nicht ganz sicher ausgeschlossen.

IV. Foetus praematurus. Leichte Spontangeburt. Geringe Asphyxie; Schultze'sche Schwingungen. Nach 24 Stunden Exitus. Großes, retroperi-

Digitized by Google

toneales Hämatom und freies Blut im Bauchraum. Ursache: Primäres Hämatom beider Nebennieren.

V. Kind von 3050 g. Leichte Extraktion und Fußlage bei Ipara. Leichte Asphyxie, sofort wiederbelebt. Tod am 5. Tage. In den letzten Tagen fortschreitende Blässe der Haut. Blut im Stuhlgang. Autopsie ergibt enormes Hämoperitoneum. Kolossale Hämatome der Nebennieren.

VI. Spontangeburt. Kind 2750 g. Bauchumfang bei der Geburt 35 cm. Man dachte an Ascites. Das Kind wurde stark ikterisch und starb am 3. Tage. Autopsie: In der rechten Pleura blutig-seröse Flüssigkeit. Große Mengen Blut im Abdomen. Enorme Milz (11 cm Längsdurchmesser). Am oberen Pol und nach hinten Kapselriß. Ursache: Lues. Wassermann bei Mutter und Kind positiv.

Neben klinischem und pathologisch-anatomischem Interesse haben die Fälle auch gerichtlich-medizinische Bedeutung. Knoop (Duisburg).

31) **A. Juda (Berlin-Schöneberg). Über Uterusblutungen Neugeborener.** (Med. Klinik 1913. Nr. 15.)

Uterusblutungen Neugeborener als »Menstruatio praecox« zu bezeichnen, hält J. nicht für richtig, da ihnen das Hauptkennzeichen der menstruellen Blutung (die periodische Wiederkehr) fehle. Durchschnittlich werden sie in 0,35—0,61% beobachtet. J. führt zwei eigene Fälle an. Die Blutungen sind fast immer sehr gering, sistieren nach 2—3 Tagen, um nicht wiederzukehren. Über die Ätiologie gehen die Ansichten auseinander; einleuchtend erscheint J. nur die von Zappert und vor allem die Halban's. Ersterer sieht den Vorgang als physiologischen Reizzustand der Genitalien an, letzterer als Reaktion auf aktive Schwangerschaftssubstanzen, welche aus einer Art innerer Sekretion der Placenta herstammen. Diese Stoffe wirken auch auf männliche Früchte (Brustdrüsen und Prostataschwellungen der Knaben).

Therapeutisch ist nicht mit stark wirkenden Mitteln (Hydrastis, Kognak) vorzugehen, sondern es genügen einige Löffel dünner Gelatinelösung.

H. Köhler (Kiel).

32) **Ges. W. Kosmak (Neuyork). Die sofortige Behandlung von Schädelimpressionen beim Neugeborenen.** (Amer. journ. of obst. and dis. of w. and children 1913. Februar.)

Nach kurzer Besprechung der Genese, des anatomischen Bildes und der Folgezustände von Schädelimpressionen beim Neugeborenen, die nach Verf. stets mit einer Fraktur verbunden sind, wird die sofortige Hebung des eingedrückten Knochens als einfachstes, jeder späteren Komplikation vorbeugendes Verfahren empfohlen. Man sticht die Spitze eines spitzen, rechtwinkelig abgebogenen Häkchens, im Notfalle eine Kugelzangenbranche, in der Mitte der Impression langsam unter konstantem Druck ein, bis die innere Lamelle des Knochens durchdrungen ist. Dann wird der Griff erhoben und durch langsamen Zug der nun wagerecht an dem Häkchen hängende Knochen gehoben. Einfacher Verband, nur ist das Kind auf die gesunde Seite zu legen. Drei eigene Fälle illustrieren Einfachheit wie Erfolg des Verfahrens. Jaschke (Gießen).

33) **Randolph Winslow (Baltimore, Maryland). Ein Fall kongenitaler Gangrän des rechten Vorderarms mit erfolgreicher Amputation an dem 5 Tage alten Kinde.** (Transact. of the southern surg. and gyn. assoc. Vol. XXIV. 1912. p. 208.)

Geburt ad terminum. Kind $5^1/_2$ Pfund; der rechte Vorderarm zeigt bis fast zum Ellbogen feuchte Gangrän.

Digitized by Google

Bemerkenswert an dem Falle ist die unklare Ätiologie. Weder Nabelschnurumschlingung, noch amniotische Bänder wurden bei der Geburt beobachtet, noch sonst irgend ein Druck. Es kann also nur eine Thrombose oder Embolie der Armgefäße in Betracht kommen, deren Ursache freilich ganz unklar bleibt. Interessant ist weiter, daß das Kind am 5. Tage eine ohne Anästhesie vorgenommene Amputation des Oberarmes ganz glatt vertrug und sehr gut gedieh, bis es am Ende des 2. Monats an Darmkatarrh starb. So früh ist nach den Literaturberichten eine derartige große Operation an einem Kinde noch nie vorgenommen worden.

Jaschke (Gießen).

34) **Bassani** (Florenz). **Zwillingsschwangerschaft mit einem Zwilling acephalus acardiacus.** (Ginecologia 9. Jahrg. Nr. 15.)

Genaue, durch drei Abbildungen illustrierte, anatomische Beschreibung der Mißbildung, die unter Gruppe 3 des Schatz'schen Schemas eingereiht wird. Bei der Mutter bestand Hydramnios. Der gesunde Zwilling wog 1000 g; Frühgeburt im 7. Monat.

Knoop (Duisburg).

35) **William F. Armann** (Ritzville, Washington). **Pulsationen im primären Herzschlauch eines menschlichen Embryo der zweiten Woche.** (Amer. journ. of obst. and dis. of w. and children 1913. Februar.)

A. konnte bei einem aus einem frischen Abortei stammenden Embryo von 2,5 mm $^1/_4$ Stunde lang deutlich die Pulsationen des Herzschlauches feststellen. Seiner Meinung nach ist das die erste Beobachtung dieser Art an einem so jungen Embryo.

Jaschke (Gießen).

36) **Beth Vincent** (Boston). **Die Behandlung der hämorrhagischen Diathesen des Neugeborenen.** (Amer. journ. of obst. and dis. of w. and children 1913. Februar. p. 415.)

Vortrag in der Gesellschaft für Pädiatrie in Philadelphia, 12. November 1912. — Verf. bezeichnet die Serumbehandlung bzw. Bluttransfusion als den größten Fortschritt der Therapie dieser Erkrankung, die nur dann versagt, wenn Blutungen im Gehirn, Nebennieren, Nieren und Leber vorliegen oder die Ursache der Blutung in einer Infektion, besonders Syphilis, gelegen ist. In den erstgenannten Fällen ist der Sitz und nicht die Ausdehnung der Blutung das maßgebende Moment. Sonst versagt die genannte Therapie, besonders die Bluttransfusion nur bei moribund eingelieferten Fällen. In den übrigen erfolgt sozusagen unmittelbar nach der Transfusion der Übergang von Krankheit zu Gesundheit. Die mitgeteilten Erfahrungen an elf mit Transfusion, vier mit Injektion von Gesamtblut bestätigen die Ausführungen des Verf.s. — Sieben mit Injektion von tierischem Serum behandelte Fälle zeigten zunächst keinen Erfolg, der aber durch folgende Transfusion erzielt wurde.

Jaschke (Gießen).

Originalmitteilungen und Referate für das Zentralblatt wolle man an *Prof. Dr. W. Stoeckel* in Kiel, Monographien, Sonderdrucke und Bücher-sendungen an *Prof. Dr. W. Stoeckel* oder an die Verlagshandlung von *Johann Ambrosius Barth*, Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. W. Stoeckel in Kiel.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Digitized by Google

Zentralblatt für Gynäkologie

begründet von HEINRICH FRITSCH

herausgegeben von

WALTER STOECKEL in Kiel.

37. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 28. Sonnabend, den 12. Juli 1913.

Inhalt.

Originalien: I. **A. Sippel**, Die Massage des schwangeren Uterus. — II. **L. Kalledey**, Schwangerschaft nach Akromegalie. — III. **K. H. Öhman**, Ein Fall von Pyovarium nach einem Partus.

Neue Bücher: 1) **Seitz**, Innere Sekretion und Schwangerschaft. — 2) **Strassmann**, Gesundheitspflege des Weibes. — 3) **Brennecke**, Geburtshilfliche Ordnung. — 4) **Martin**, Verhandlungen des VI. internat. Gynäkologenkongresses.

Berichte: 5) Gynäkologische Sektion des Kgl. ungar. Ärztevereins zu Budapest.
Scipiades, Geburt und Kindbett bei Uterusmyom. — **Fekete**, Interpositionsversuch per laparot.; Beckenechinokokkus. — **Horváth**, Foetus papyraceus; Lymphangioma colli cysticum als Geburtshindernis. — **Berecz**, Carcinoma clitoridis. — **Scipiades**, Placenta praevia; intraligamentäre Schwangerschaft und Eklampsie; Ureterimplantation. — **Scherer**, Cholecystitis. — **Szénássy**, Peristaltikhormonal in der operativen Gynäkologie. — **Peto**, Extrauterinschwangerschaft. — **v. Kubinyi**, Operation der fixierten Retroflexio eines schwangeren Uterus, Myomenukleation; Pyosalpinx u. Ovarialabszeßoperation bei Abort; Sarkomatös entartetes Myom; Stieltorsion einer Eierstocksgeschwulst. — **v. Kubinyi u. Farkas**, Exstirpation eines Bauchwandsarkoms.
6) Gynäkologische Gesellschaft in Budapest.
Pozsonyi, Primärer Scheidenkrebs. — **Tóth**, Bauchchirurgie.

Zeitschriften: 7) Gynäkologische Rundschau.
Reinhard, Ektopische Schwangerschaft und intraperitoneale Blutung aus Ovarialcysten. — **Lorey, Frankl, Schmidt**, Röntgenbehandlung. — **Peus**, Labialhernien. — **Engelmann und Elpers**, Blutviskosität bei Eklampsie. — **Hartmann und Loeschke**, Die Uterusnarbe nach Kaiserschnitt.

Harnorgane: 8) **Thomas**, Auswaschung der Nierenbecken. — 9) **Werelius**, Nephroptosis und Nephropexie. — 10) **Tassius**, Pyelitis. — 11) **Strassmann**, Collargoleinspritzungen. — 12) **Adrian und v. Lichtenberg**, Mißbildungen. — 13) **Schlagintweit**, Nierentuberkulose. — 14) **Fehling**, Blasenschwäche. — 15) **Hottinger**, Cysten der Harnblase. — 16) **Grandjean**, Seidenfaden in der Blase. — 17) **Buerger**, Blasenulcus. — 18) **Brocks**, Cystitis. — 19) **Krostoszyner und Hartmann**, Blutkryoskopie. — 20) **Thomas**, Cystoskopie. — 21) **Casper**, Blasenausschaltung. — 22) **Cohn und Reiter**, Harneiterung. — 23) **van Dam**, Blasendivertikel. — 24) **Pfeiffer**, Eiweißbestimmung im Harn. — 25) **Bauereisen**, Postoperative Infektion.

Tuberkulose: 26) **Esch**, 27) **Pothmann**, 28) **Funk**, 29) **Schaefer**, 30) **Petit-Dutaillis**, 31) **Lurz**, 32) **Büll**, 33) **Spire und Boeckel**, Tuberkulose.

Radiologie: 34) **Aschoff, Krönig und Gauss**, 35) **Seeligmann**, 36) **Miller**, 37) **Chilaiditis und Stavridès**, Geschwulstbehandlung. — 38) **Alexander**, Wanderniere. — 39) **Cohn**, Der Wurmfortsatz im Röntgenbilde.

I.

Die Massage des schwangeren Uterus.

Von

Albert Sippel.

Dieser Tage hatte ich mein Urteil als Sachverständiger in einem Verfahren wegen Abtreibung abzugeben. Bei einer im 2. Monat Schwangeren hatte ein Kurpfuscher Massage ausgeführt, indem er den Uterus von der Scheide aus den Bauchdecken entgegenhob und dann von oben her Vibrationsmassage auf Bauch und Uterus wirken ließ. Dies wurde an mehreren Tagen wiederholt, angeblich um die Darmtätigkeit anzuregen und das Allgemeinbefinden zu heben. Nach

Digitized by Google

einer Reihe von Tagen traten Blutungen ein, und es kam zum Abort. — Da schon vor der Massage nachgewiesenermaßen heftige Gebärmutterkoliken mit geringem blutigen Abgang bestanden hatten, war der Beweis nicht zu erbringen, daß die Behandlung des Kurpfuschers den Abort herbeigeführt habe. Das sagte ich in meinem Gutachten aus. Zugleich aber betonte ich, daß die Massage des schwangeren Uterus immer eine verkehrte Behandlung sei, da sie zum Abort führen könne, jedoch nicht müsse; besonders falsch sei sie aber im vorliegenden Falle gewesen, wo schon Uteruskontraktionen vorhergegangen seien. Dieser meiner Aussage gegenüber berief sich der Verteidiger des Angeklagten auf einen Ausspruch in Hoffa's Technik der Massage (neu herausgegeben von Joachimsthal); es wird da wörtlich gesagt, daß eine vorsichtige Massage einen drohenden Abort aufzuhalten vermöge. (Referat Zentralbl. f. Gyn. 1912. p. 1596.) — Ich konnte demgegenüber nur erwidern, daß Hoffa ein ausgezeichneter Orthopäde gewesen sei, daß sein Urteil jedoch in gynäkologischen Dingen nicht maßgebend sei, und daß mein Gutachten durch Hoffa's Worte nicht beeinflußt werde.

Ich halte es für nötig, diese Sache einmal hier zur Sprache zu bringen. Jedenfalls steht die Angabe, daß ein drohender Abort durch Massage aufgehalten werden könne, im Widerspruch zu dem, was man in gynäkologischen Kreisen darüber denkt. In v. Winckel's Handbuch wird ausdrücklich darauf hingewiesen, daß die Massage vielfach zu Abtreibungszwecken in Anwendung gezogen werde, und es wird vor ihr gewarnt. Es ist mir auch unverständlich, welche physiologischen Vorstellungen für die Ansicht maßgebend gewesen sind, man könne durch Massieren einen Abort aufhalten. Überall sonst will man durch Massage den Tonus der glatten Muskulatur heben. Da wird man den der Uterusmuskulatur nicht damit herabzusetzen vermögen. Auch kann man sich keine Vorstellung davon machen, wie etwa schon vorhandene Blutungen durch Massage beseitigt werden sollen, so lange die Schwangerschaft sich noch im Uterus befindet. Weder eine Blutung aus dem intervillösen Raum nach erfolgtem Fruchtkapselaufbruch noch eine etwaige Blutung aus der Decidua vera kann damit gestillt werden. Eher ist die gegenteilige Wirkung zu erwarten. Das beste ist ohne Zweifel, wenn man bei drohendem Abort die Finger davon läßt und die Genitalien möglichst in Ruhe läßt. Ich möchte dieser Ansicht hier einmal bestimmten Ausdruck geben und hoffe, daß ich aus gynäkologischen Kreisen keinen Widerspruch erfahre. Dann wird wohl auch jener Satz aus Hoffa's Buch schwinden und eine solche unerfreuliche Gegensätzlichkeit ärztlicher Ansicht vor richterlichem Forum nicht mehr vorkommen.

II.

Aus der I. Frauenklinik der Universität in Budapest. Direktor: Prof. Hofrat Bársony.

Schwangerschaft nach Akromegalie[1].

Von

Dr. Lajos Kalledey.

Der Fall, den ich hier nur kurz bekannt machen will, entspricht vollkommen dem Bilde, welches wir nach Marie mit Akromegalie bezeichnen. Nachdem es mir gelungen ist, mit der unten zu beschreibenden Behandlung sämtliche Sym-

[1] Vorgetragen am 3. VI. 1913 in der gynäkolog. Sektion des Ärztevereins in Budapest.

Digitized by Google

ptome zu heilen, erlaube ich mir jetzt schon, den bisherigen Verlauf bekannt zu machen. — Frau S. K., 32 Jahre alt. Menarche mit 17 Jahren; menstruierte nachher 4wöchentlich, aber immer floß nur sehr wenig Blut ab, ohne besondere Schmerzen. Mit 20 Jahren heiratete sie; schwanger war sie nie. Im 22. Lebensjahre, also bereits vor 10 Jahren, blieb ihre Blutung aus; dann fing sie an, rapid fett zu werden. Seit 4 Jahren ist ihr Gang unsicher geworden, und ihre Füße wurden größer. Öfters, besonders in den letzten Zeiten, wankt sie während des Gehens in solchem Maße, daß sie sich nicht getraut, allein zu gehen. Hat oft heftige Kopfschmerzen, oft wird ihr schwindelig und heiß, und nachher fühlt sie starkes Herzklopfen. Ihre Nächte verbringt sie schlaflos. Die Eltern waren gesund; Vater starb an Wassersucht, Mutter an Darmdrehung im 72. Lebensjahre. Sie hatte noch 7 Geschwister, von denen 6 jung gestorben sind; eine Schwester ist 42 Jahre alt und hatte 8 Kinder. Sie gibt an, früher nie krank gewesen zu sein, nur als ganz junges Mädchen hatte sie viel Augenweh. Untersuchungsbefund: Höhe 158 cm, Gewicht 96,5. Dick-plumpentwickeltes Knochengerüst, auffallend plumpe Röhrenknochen und Epiphysen. Lippen und Nase gedunsen; sehr männliche Gesichtszüge, auf dem Kinn gut entwickelter, harthaariger, rasierter Bart. Die Haut fühlt sich kühl an; subkutane Fettgewebe überall reichlich vorhanden. Brustdrüsen gut entwickelt, sie scheinen zum größeren Teil aus Fett und nur zum kleineren Teil aus Drüsengewebe zu bestehen. Herz und Lunge weisen keine Besonderheiten auf. Puls 84, rhythmisch. Während der Untersuchung wird sie von einem Schwindelanfall befallen; Puls 124 pro Minute. Bei In- oder Exspiration ist keine Palpitation zu beobachten. Der Gang ist ataktisch, ähnlich dem tabetischen Gange. Deutlicher Romberg. Die Röntgenaufnahme der Schädelbasis weist keine Veränderung auf. Im Urin kein Zucker. Gut entwickelter, dicht behaarter Schamhügel und Labia majora, Vulva blaß, Vagina mittelweit, Portio vaginalis schlank, konisch. Cervix schlank. Corpus uteri durch die dicken Bauchwände nicht gut tastbar.

In diesem Falle entwickelte sich also graduell das Bild, welches wir bei der Akromegalie zu sehen pflegen. Bezüglich der Ätiologie sind die Ansichten noch nicht einig; dennoch können wir mit der größten Wahrscheinlichkeit sagen, daß die Hyperfunktion der Hypophyse sie verursacht. Gegen die hypophysäre Ätiologie der Akromegalie pflegt man Fälle von Akromegalie zu erwähnen, bei welchen die Obduktion keine Hypophysenveränderungen aufwies; bei ihnen war aber auf die Rachendachhypophyse nicht geachtet worden, die gleiche histologische Struktur besitzt, und deren Funktion wahrscheinlich auch dieselbe ist. Die Fälle, bei welchen man bei Hypophysenveränderung keine Akromegalie gefunden hat, sind keine Einwände, sondern eben Beweise für die hypophysäre Ätiologie (Analogie bei der Thyreoidea).

Die vikariierende, sich abwechselnde und antagonistische Wirkung und Funktion der Ovarien und Hypophyse ist schon seit langem bekannt und mit alltäglichen Erfahrungen bewiesen. Von der Geburt bis zur Pubertät haben die Keimdrüsen eine sehr geringe Funktion, während da die Hypophyse einen höchst wichtigen und großen Einfluß auf die Entwicklung des Organismus sowie des Knochenskelettes hat. Diese Einwirkung erlischt, oder wird sehr vermindert, mit dem Funktionieren der Keimdrüsen. Ein Beispiel dafür ist, daß die Völker und Individuen, bei denen die Pubertät früh erscheint, klein und kurzbeinig bleiben, gegenüber der großen Gestalt der nördlichen Völker, wo die Geschlechtsreife 5—10 Jahre später auftritt. Dasselbe beweisen auch die kastrierten Tiere, die größer und stärker werden als die, die Keimdrüsen haben. Bei der

Digitized by Google

Gravidität zessiert oder vermindert sich die Funktion der Ovarien, und deshalb treten die Symptome einer Überfunktion der Hypophyse, die sog. Schwangerschaftsveränderungen auf, welche zuweilen so entwickelt sind, daß man sie pathologisch nennen kann. Sehr fein sind die Nuancen, und es ist bisher unbestimmbar, bo die Hypofunktion des einen oder Hyperfunktion der anderen Gruppe das auslösende Moment ist. Von solchen, durch die gestörte Funktion der innersekretorischen Drüsen verursachten Krankheiten, von der Dysmenorrhöe und Metropathia haemorrhagica und deren Behandlung gab ich auf dem Kongreß in Halle unlängst Bericht. Während dieser Experimente machte ich die Erfahrung, daß es vom praktischen Standpunkt aus gar nicht wichtig ist, zu bestimmen, ob von einer Hypofunktion oder Hyperfunktion der Antagonisten die Rede ist, weil die geringere Menge der Hormone durch Zusatz von Organextrakten ersetzt werden kann, um die eventuelle Hyperfunktion zu paralysieren.

Bei dieser Pat. glaubte ich, eine verminderte Ovarialfunktion und eine gesteigerte Hypophysenfunktion und deren Folgen annehmen zu dürfen. Auf solcher Basis entwickelten sich Oligomenorrhöe, Dysmenorrhöe, Amenorrhöe und akromegalische Erscheinungen. Ich beabsichtigte deshalb, die genannten Symptome mit Ovariumextrakt zu heilen, den ich durch die chemische Fabrik G. Richter, Budapest, verfertigen ließ, und zwar als eiweißfreies, wäßriges Extrakt (das Präparat kommt demnächst in den Handel). Ein Kubikzentimeter des Präparates entspricht 1 g frischen Kuhovariums.

Ich machte wöchentlich drei intravenöse Injektionen.

Am 2. XII. Nach der 6. Injektion gibt die Pat. an, daß ihr Gang sicherer und leichter ist, die Schwindelanfälle und Kopfschmerzen viel seltener sind.

Am 6. I. 1913. Nach der 16. Injektion meldet Pat., daß sie ganz sicher und allein geht. Sie gibt an, daß sie wegen Familienangelegenheiten nicht so oft kommen kann, und so war ich gezwungen, innerlich Ovarium zu verabreichen. Ich verordnete ihr 3 Tabletten Ovarii sec. Richter pro die.

Am 22. I. meldet sie brieflich, daß sie bei mittelstarken Molimina einige Tropfen blutete. Die Tabletten nahm sie fort.

Am 20. II. bekam sie eine Blutung, die 6 Tage dauerte, es ging viel Blut ab. Sämtliche Kleider und Schuhe mußte sie austauschen, da sie ihr zu weit wurden. Gewicht 87,5, Allgemeinbefinden gut.

Am 2. und 5. III. bekam sie je 1 ccm Ovarium intravenös. Die Frau wird fiebernd, liegt 2 Wochen im Bette (nach Angaben des Hausarztes an Influenza), so daß ich die Behandlung unterbrechen mußte.

Am 30. III. kam sie mit der Nachricht, daß ihre Menstruation nicht erschienen sei. Die innere Untersuchung (Prof. Bársony) gab folgenden Befund. Livide Vulva, aufgelockerte, livide Portio vaginalis, Uterus etwas größer, weich, anteflektiert, Umgebung frei. Auf Gravidität zu beobachten. Ovarium wird weggelassen.

Am 30. IV. Grav. mens. II, am 23. V. Grav. mens. IV—V.

Das Wesen meiner Behandlung war also, daß ich Ovarium in den Organismus brachte, welches die in zu großen Mengen wirkenden Hypophysenhormone paralysierte. In der mir zugänglichen Literatur ist kein Fall bekannt, wo die akromegalischen Symptome heilbar waren. Die Schwangerschaftsakromegalien heilten, ohne Ausnahme, ohne jede Behandlung nach der Geburt durch das Funktionieren der Ovarien. Dieser Wegweisung der Natur folgte ich, als ich Ovarium in den Organismus einführte. Die bisherige Behandlung der Akromegalie war sozusagen ausschließlich die operative, welche beinahe gleich dem Nichtbehandeln ist, weil der übergroßen primären Operationsmortalität nur eine verschwindend kleine

Digitized by Google

Heilungszahl gegenübersteht. Die Idee, daß die Akromegalie mit dem Extrakt der Keimdrüsen zu behandeln sei, erwähnten schon viele, aber meines Wissens versuchte es noch keiner. Ich will aus diesem einen Falle nicht schließen, daß die Akromegalie in jedem Falle durch Keimdrüsenextrakt zu heilen sein wird; ich wollte nur die Aufmerksamkeit auf dies Verfahren lenken.

Viel interessanter und auch beweisender als der bisherige wird in meinem Falle der weitere Verlauf sein: Wird eine Schwangerschaftsakromegalie auftreten? Wie wird die Geburt verlaufen? Welcher Einfluß wird am Fötus zu beobachten sein? und wird ein Rezidiv nach der Geburt auftreten? Die Antworten sollen in einem späteren Bericht erfolgen.

III.

Aus der gynäkologischen Klinik zu Helsingfors. Vorstand: Prof. Dr. G. Heinricius.

Ein Fall von Pyovarium nach einem Partus.

Von

Dr. K. H. Öhman.

Das Pyovarium oder die solitären Ovarialabszesse sind verhältnismäßig spät einem genauen Studium unterworfen worden, und die Histologie des Ovariums in diesem krankhaften Zustand ist erst 1895 von Langer, einem Schüler von Rosthorn, beschrieben worden. Langer ist der Ansicht, die Ovarialabszesse seien sog. Luteinabszesse, er meint auf Grund seiner histologischen Untersuchungen feststellen zu können, daß das Corpus luteum bei Abszeßbildungen in den Ovarien als ein Locus minoris resistentiae anzusehen sei. Schon vor Langer war Rheinstein auf theoretischem Wege zum selben Resultat gelangt. Langer's Untersuchungen wurden dann von Orthmann und A. Martin fortgesetzt. Beide sind in Übereinstimmung mit Langer der Ansicht, daß die Ovarialabszesse Luteinabszesse darstellen. Diese Anschauung wird auch von A. Martin in seinem Handbuch der Ovarialkrankheiten verfochten. In den letzten Jahren hat man mit erhöhtem Interesse die Studien der Histologie der Ovarialabszesse fortgesetzt. Kehrer und Miller haben solche Fälle aus der Heidelberger Klinik beschrieben. Im Kehrer'schen Falle fand sich ein Luteinabszeß in jedem Ovarium. Schridde und Amersbach haben ein reiches Material bearbeitet und meinen auf Grund desselben gewisse, in jedem Falle wiederkehrende, und besonders für die gonorrhoischen Tubar- und Ovarialaffektionen spezifische histologische Veränderungen feststellen zu können. Nach der Ansicht dieser Verfasser bildet das äußerst reichliche Vorhandensein von Plasmazellen das Charakteristische für die gonorrhoischen Affektionen. Diese Plasmazellen werden in den Tubarfalten und in dem in den Tuben befindlichen Eiter angetroffen. Zugleich zeigen natürlich die Tuben die früher bei Gonorrhöe festgestellten Veränderungen, welche hier als allgemein bekannt übergangen werden können.

Dem Beispiel Schridde's folgend, hat Julius Wätjen im Jahre 1911 aus dem pathologischen Institut in Freiburg eine Arbeit über die Histologie des Pyovariums veröffentlicht, in welcher er einen Versuch macht, die Ätiologie des Pyovariums auf Grund histologischer Untersuchung festzustellen. Wätjen beschreibt in einer ausführlichen Arbeit acht Fälle von Pyovarium und gelangt zu folgenden Resultaten: Die meisten Fälle waren gonorrhoische Affektionen, denn bei dreien ließen sich nur Gonokokken nachweisen und bei zweien eine Misch-

Digitized by Google

infektion von Gonokokken und Streptokokken. Nur in einem Falle waren Streptokokken allein nachzuweisen. Es ist Wätjen nicht geglückt, vom Ovarium ebenso typische und charakteristische histologische Bilder darzustellen, wie es Schridde von der Tubargonorrhöe getan hat. Er konnte allerdings in allen seinen Fällen Plasmazellen in der nächsten Umgebung des Abszesses nachweisen, meint aber, sie könnten keineswegs als Grundlage der Differentialdiagnose dienen. In Übereinstimmung mit den Untersuchungen Schridde's und Amersbach's fand Wätjen indessen Plasmazellen im Eiter sowohl in rein gonorrhoischen Fällen als in Fällen, in denen sich Gonokokken im Verein mit irgend einem anderen Bakterium vorfanden. In dem Falle aber, wo nur Streptokokken vorhanden waren, und in einem Fall von Aktinomykosis des Ovarium sollen sich nach Wätjen fast ausschließlich Leukocyten im Eiter gefunden haben, und die Plasmazellen gänzlich zurückgetreten sein. Somit würde der Inhalt des Abszesses bei einem Pyovarium differentialdiagnostische Bedeutung haben, da die lymphocytären Elemente für eine nicht gonorrhoische und die Plasmazellen entschieden für eine gonorrhoische Affektion sprechen würden. Ließen sich aber in einem Fall von Pyovarium Streptokokken nachweisen und zugleich reichliche Plasmazellen oder ihre Degenerationsprodukte, so könnten wir annehmen, daß die Streptokokkeninfektion erst später als Sekundäraffektion zu einem ursprünglich gonorrhoischen Prozeß hinzugekommen sei.

Zu Beginn dieses Jahres kam auf der gynäkologischen Universitätsklinik in Helsingfors ein Fall von Pyovarium im Anschluß an eine Geburt zur Beobachtung, der operiert und histologisch untersucht wurde.

Am 2. Januar d. J. wurde die 31jährige Frau eines Viehknechts aus Nurmijärvi in die Klinik aufgenommen. Erste Menses mit 16 Jahren. Seitdem regelmäßige Menses; Intervalle 3 Wochen, Dauer 4—5 Tage. Verheiratet ein Jahr. Im Juli 1912 Niederkunft: reife, tote Frucht. Die Geburt verlief spontan, dauerte aber 48 Stunden. Eine Woche nach der Niederkunft erkrankte Pat. mit starken Schüttelfrösten und hohem Fieber. Sie lag dann 7 Wochen zu Bette. Seit der Geburt keine Menses, aber recht reichlicher Fluor albus. Hat auch früher längere Zeit an starkem weißen Fluß gelitten. Seit der Niederkunft Schmerzen links im unteren Teile des Bauches. Die Schmerzen haben an Intensität zugenommen und sind im letzten Monat so stark gewesen, daß sie sich zeitweise genötigt sah, zu Bett zu liegen. Keine Blutungen aus den Genitalien. Defäkation und Urinieren normal.

Status praesens. Körperbau mittelmäßig, Ernährungszustand herabgesetzt. Herz und Lungen gesund. Körpertemperatur und Puls normal. Konfiguration des Bauches normal. Bei bimanueller Palpation ist im unteren Teile desselben links, neben dem Uterus, ein etwa gänseeigroßes, etwas bewegliches und wenig empfindliches, tumorartiges Gebilde zu fühlen. Die rechten Adnexe frei.

Am 3. Januar führte ich die Laparotomie aus. Bauchschnitt in der Linea alba zwischen Nabel und Symphyse. Links vom Uterus liegt ein etwa gänseeigroßer Eierstock, an dessen Oberfläche sich die augenscheinlich etwas verdickte Tube als adhärent erweist. Außerdem sind sowohl das Omentum als ein Teil des Dünndarms an diesem Ovarium adhärent. Beim Versuch es freizumachen reißt das Ovarium, und Eiter dringt aus dem Risse. Nach einiger Schwierigkeit wird das Ovarium von seiner Umgebung gelöst und Ovariosalpingotomie auf die übliche Weise ausgeführt. Die Bauchwunde wird in drei Etagen vernäht und durch eine Öffnung im unteren Wundwinkel ein Jodoformgazestreifen hindurchgeführt, um dadurch die Bauchhöhle zu drainieren.

Das Ovarium hatte, wie schon erwähnt, die Größe eines Gänseeies und zeigte

Digitized by Google

an seiner Oberfläche unebene Einkerbungen an den Stellen, wo die Adhärenzen gesessen hatten. Einige kleinere Partien waren noch spiegelnd glatt. Die Tube adhäriert am Ovarium und liegt auf demselben. Beim Durchschneiden des Ovariums dringt reichlich dickflüssiger Eiter aus einem Abszeß von etwas über Hühnereigröße. Vom Ovarialstroma findet sich nur noch ein schmaler Rand, der an seiner breitesten Stelle etwa 1 cm mißt. Die Tube ist etwas verdickt, sonst aber von gewöhnlicher Beschaffenheit.

Aus dem Eiter wurden Proben zur bakteriologischen Untersuchung entnommen und in verschiedene Nährmedien ausgesäet. In diesen wuchsen Streptokokken in Reinkultur. In Ausstrichpräparaten des Eiters waren keine Bakterien nachzuweisen.

Das Material wurde in Formalinlösung (5%ig) gehärtet, und es wurden sowohl vom Ovarium als der Tube von verschiedenen Stellen mehrere Schnitte gemacht. Diese wurden dann mit Hämatoxylin, van Gieson, Jenner'scher Lösung, Giemsa, Pappenheim's Panchrom, Pappenheim-Unna's methylengrünem Pyronin, Methylenblau usw. gefärbt.

Bei der Prüfung der Schnitte erwies sich, daß eine etwa 5 mm dicke Kapsel von unbeschädigtem Ovarialstroma die schon beschriebenen größeren und mehrere der kleineren Abszesse umgab. Den Abszessen zunächst bestand eine offenbare Bindegewebsvermehrung und im Innern dieses Gewebes eine reichliche, kleinzellige Infiltration. Das Innere der Abszesse bestand zum größten Teil aus Eiterzellen nebst verstreuten Überresten zerfallenden Ovarialgewebes. Graaf'sche Follikel waren nirgends anzutreffen, und in den Abszessen fanden sich auch keine Luteinzellen.

In den mit den obengenannten Färbeflüssigkeiten behandelten Präparaten sah man deutlich, daß die kleinzellige Infiltration in der Umgebung der Abszesse zum allergrößten Teile aus Plasmazellen bestand, die bei der Pappenheim-Unna'schen Methylengrün-Pyroninfärbung sehr schön hervortraten. Diese Plasmazellen fanden sich spärlich auch im Abszeßinhalt und waren dort teilweise in Degeneration begriffen, indem sie sich nicht ebenso färben ließen wie die erstgenannten Plasmazellen. Auffallend war auch der Reichtum an eosinophilen Leukocyten, der sich durch das ganze Präparat hindurch geltend machte. Diese eosinophilen Leukocyten waren es, die von allen Zellen am tiefsten in das intakte Gewebe eindrangen, denn sie wurden dort ganz isoliert, hier und da in anscheinend gesundem Ovarialgewebe angetroffen. Je mehr man sich den Abszessen näherte, um so reichlicher wurden die polynukleären Leukocyten, und in der Abszeßhöhle selbst fanden sich zum größten Teil polynukleäre Zellen und zwischen diesen hier und da vereinzelte Plasmazellen und Lymphocyten.

Die Schleimhaut der Tube war völlig normal und in der Tube kein Inhalt anzutreffen. Die Tubenwand war verdickt, und es ließ sich eine reichliche Vermehrung des Bindegewebes nachweisen. Zugleich fand sich in der Tubenwand in der Nähe der etwas verdickten Serosa eine reichliche, kleinzellige Infiltration. Diese bestand zum größten Teil aus Plasmazellen, doch waren auch polynukleäre und eosinophile Zellen anzutreffen. Außerdem fanden sich dort vereinzelte Lymphocyten. Bakterien ließen sich weder in den Geweben der Tube noch des Ovariums nachweisen.

Auf Grund dieser histologischen Untersuchungen und der vorher besprochenen Krankengeschichte möchte ich diesen Fall folgendermaßen erklären. Es ist sehr wahrscheinlich, daß die Frau früher, ohne ihr Wissen, mit Gonokokken infiziert worden war. Diese Annahme wird durch den in der Anamnese erwähnten, reichlichen Fluor albus gestützt. Außerdem spricht auch das reichliche Vorhandensein

Digitized by Google

von Plasmazellen in den Abszessen für diese Hypothese. In letzter Zeit ist man der Ansicht gewesen, daß die eosinophilen polynukleären Leukocyten ein differentialdiagnostisches Zeichen zwischen Gonorrhöe und anderen Infektionen bilden könnte. Dies wurde von Graefenberg bei Frauen nachgewiesen, die an Puerperalfieber erkrankt waren, indem er auch in schweren septischen Zuständen eine Vermehrung der eosinophilen Zellen konstatierte, wenn die Frau früher Gonorrhöe gehabt hatte. In keinem der von Graefenberg untersuchten Fälle hatte sich eine Verminderung dieser Zellen nachweisen lassen. Meines Erachtens bekräftigt daher die reichliche Anwesenheit eosinophiler Zellen in diesem Falle meine Annahme einer primären Infektion durch Gonokokken und einer weiteren sekundären Infektion während der Entbindung durch Streptokokken. Die Streptokokkeninfektion fand jetzt das Ovarium krankhaft verändert vor, so daß es ein Locus minoris resistentiae für die puerperale Infektion bildete. Der Umstand, daß die kleinzellige Infektion in der Tube sich ganz in der Nähe der Serosa und recht entfernt von der intakten Tubenschleimhaut befand, erhält seine Erklärung durch die starke Adhärenz der Tube an der Oberfläche des Ovariums. Da keine Luteinzellen in den Abszessen angetroffen wurden, so läßt sich in diesem Falle nicht mit Sicherheit behaupten, daß die Abszesse Luteinabszesse seien. Sie sind vielleicht ursprünglich solche gewesen, aber die Luteinzellen sind wahrscheinlich während des fortschreitenden Degenerationsprozesses einem vollständigen Zerfall anheimgefallen.

Es erübrigt noch, zu erwähnen, daß die Pat. unmittelbar nach der Operation und noch am folgenden Tage eine Temperatur von etwa 39° C in der Achselhöhle zeigte, und daß ihr Puls und der Allgemeinzustand auf eine septische Infektion deuteten und Anlaß zu ernsten Besorgnissen gaben. Da schon durch die bakteriologische Untersuchung festgestellt worden war, daß sich Streptokokken im Inhalt des Abszesses fanden, so erhielt Pat. 20 ccm Antistreptokokkenserum[1]. Dies schien auch eine gute Wirkung auszuüben, denn die Temperatur fiel fast unmittelbar auf die Norm, und die Frau erholte sich allmählich, so daß sie nach 3wöchigem Aufenthalt in der Klinik als völlig gesund entlassen werden konnte.

Weshalb die Bakterien in den Gewebsschnitten sich nicht färben ließen, kann ich nicht entscheiden, vielleicht kommt man aber der Wahrheit nahe, wenn man annimmt, daß diese Bakterien, Gonokokken und Streptokokken, schon ein Stadium erreicht hatten, wo ihre Fähigkeit, Farbstoffe aufzunehmen, gänzlich aufgehört hatte.

Literatur.

Amersbach, Eitriger Katarrh der Tube nach Einleitung des künstlichen Abortes. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXXII. Hft. 4. 1910. — Graefenberg, Bedeutung der morphologischen Blutelemente bei puerperalen Erkrankungen. Arch. f. Gyn. Bd. LXXXV. Hft. 2. p. 303. 1908. — Kehrer, Über Corpus luteum-Abszesse. Arch. f. Gyn. Bd. XC. Hft. 1. 1910. — Langer, Corpus luteum-Abszesse. Arch. f. Gyn. Bd. XLIX. 1895. — A. Martin, Handbuch der Krankheiten der weiblichen Adnexorgane. II. Bd. Eierstöcke und Nebeneierstöcke. 1899. — Miller, Über die differentialdiagnostische Bedeutung der Plasmazellen bei eitrigen Adnexentzündungen. Arch. f. Gyn. Bd. LXXXVIII. Hft. 2. — Orthmann, Zur Pathologie des Corpus luteum. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Gyn. VII. Vers. Leipzig 1897. — Rheinstein, Zur Diagnose des nicht puerperalen Ovarialabszesses. Arch. f. Gyn. Bd. XXXIX. 1891. — Schridde, Die eitrigen Entzündungen des Eileiters. Fischer. 1910. — Wätjen, Beitrag zur Histologie des Pyovariums. Hegar's Beiträge Bd. XVI. Hft. 2. p. 280.

[1] Antistreptokokkenserum nach Menzer. E. Merck, Chemische Fabrik, Darmstadt.

Digitized by Google

Neue Bücher.

1) **L. Seitz** (Erlangen). **Innere Sekretion und Schwangerschaft.** Leipzig, Joh. Ambr. Barth, 1913.

Es ist sehr zu begrüßen, daß S. sein ausgezeichnetes, auf dem Hallenser Kongreß allseitig mit großer Befriedigung aufgenommenes Referat als Monographie hat erscheinen lassen. Die außerordentlich starke Anregung, die die diesjährige Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie wohl allen Teilnehmern gebracht hat, und die ausgesprochen wissenschaftliche Befriedigung, mit der wir den Kongreß verließen, ist zum großen Teil der ausgezeichneten Bearbeitung des von S. übernommenen Referates zu danken. Es war einerseits eine dankbare Aufgabe, die Beziehungen der inneren Sekretion zur Schwangerschaft zu erörtern, weil es sich hier um wissenschaftliches Neuland handelte, auf dem gerade die ersten Bebauungsversuche gemacht werden. Es konnte also beim Zusammentragen des für den weiteren Ausbau wichtigen Materials auf das lebhafteste Interesse aller Gynäkologen von vornherein gerechnet werden. Aber gerade dieses Sichten und Zusammenstellen der bisherigen Arbeitsleistungen setzten einen so außerordentlichen Fleiß und eine so ausgesprochen allgemein-medizinische Bildung und Kritikfähigkeit voraus, daß nur unter Aufopferung einer außergewöhnlich großen Zeit und bei Beherrschung eines großen, abseits von unserem Spezialgebiet liegenden Wissensstoffes die Aufgabe so gut gelöst werden konnte, wie S. sie gelöst hat. Alle weiteren Arbeiten müssen auf diesem großen und breit angelegten Referat das sich ganz besonders durch eine sehr ruhige und sehr objektive Kritik auszeichnet, aufgebaut werden. Näheres Eingehen auf den Inhalt des Werkes, dessen Schlußfolgerungen in 140 Thesen gipfeln, muß füglich an dieser Stelle unterbleiben. Es wird auch keiner besonderen Empfehlung bedürfen, um die Fachgenossen, denen die Arbeit noch unbekannt ist, zur eifrigen Lektüre anzuregen.

Stoeckel (Kiel).

2) **P. Strassmann** (Berlin). **Gesundheitspflege des Weibes.** Berlin, Quelle & Meyer, 1913.

Die populäre Darstellung medizinischer Themata ist eine nicht leichte Aufgabe. Die Gefahr, entweder zu wissenschaftlich und dann unpopulär, oder andererseits zu populär und dann unwissenschaftlich zu schreiben, liegt so nahe, daß solche Abhandlungen selten der Feder berufener Fachleute entstammen. Bei dem zweifellosen Nutzen, den eine richtige, d. h. wissenschaftlich zu billigende und dabei doch den Laien gut verständliche Behandlung eines so wichtigen Themas, wie es die Gesundheitspflege des Weibes ist, beanspruchen darf, ist es sehr zu begrüßen, wenn ein anerkannter Frauenarzt darüber populär-wissenschaftlich schreibt. Ein kritisches Urteil darüber, ob ihm die Lösung der Aufgabe gelungen ist, besitzt naturgemäß mehr der Laie, an den ein solches Büchlein sich wendet, als der Fachmann. Doch glaube ich sagen zu dürfen, daß das S.'sche Buch seinem Inhalt und seiner Darstellungsart nach in sehr gelungener Weise die gestellten Aufgaben löst und der gebildeten Frau durchaus empfohlen werden darf.

Stoeckel (Kiel).

3) **Brennecke** (Magdeburg). **Der Kampf um die Gesundung der geburtshilflichen Ordnung.** Magdeburg, Lichtenberg & Bühling, 1913.

Der unermüdliche Vorkämpfer für die Reform des Hebammenstandes und für die Gründung der Wöchnerinnenheime hat seine gesamte Lebensarbeit auf diesem Gebiete zusammenfassend herausgegeben und dadurch noch einmal nach-

Digitized by Google

drücklich gezeigt, wie dankbar ihm nicht nur die Fachgenossen, sondern auch der Staat und die Gemeinden für seine uneigennützige und leider bisher noch nicht von dem genügenden Erfolg gekrönte Tätigkeit sein müssen. Das Buch wird einen dauernden Wert für alle diejenigen behalten, welche mit dem Verf. und in seinem Sinne nach einer Gesundung der geburtshilflichen Ordnung streben und überzeugt sind, daß der von ihm beschrittene Weg, sofern er nur mit der gleichen Zähigkeit und Energie, wie B. sie gezeigt hat, weiter beschritten wird, zum Ziel und zur Besserung der Verhältnisse führen muß. Möge es dem verdienten Kollegen vergönnt sein, auch weiterhin in gewohnter Rüstigkeit der Führer in diesem Kampfe gegen geburtshilfliche Schädigungen der Frauenwelt zu bleiben.

Stoeckel (Kiel).

4) **Ed. Martin** (Berlin). **Verhandlungen des VI. Internationalen Kongresses für Geburtshilfe und Gynäkologie in Berlin vom 9. bis 13. September 1912.** Berlin, S. Karger, 1913.

Der Generalsekretär des Internationalen Kongresses hat den Bericht über den Kongreß, dessen Ergebnisse den Lesern des Zentralblattes im wesentlichen durch das Kongreßreferat bereits bekannt sind, ausführlich herausgegeben. Der stattliche Band zeigt die Reichhaltigkeit der Verhandlungen und wird für die Weiterarbeit der Gynäkologen einen erheblichen Literaturwert besitzen.

Stoeckel (Kiel).

Berichte aus gynäkologischen Gesellschaften.

5) Gynäkologische Sektion des kgl. ungar. Ärztevereins zu Budapest.

Sitzung vom 5. November 1912.

Vorsitzender: Dr. Gustav Dirner; Schriftführer: Dr. Josef Lovrich.

Elemér Scipiades: Geburt und Kindbett bei Uterusmyom. (Erscheint in extenso im Zentralblatt für Gynäkologie.)

Diskussion. Prof. Bársony macht auf die Komplikation der subperitoneal sitzenden Myome bei Schwangerschaft aufmerksam. Besonders wenn das Myom unter den Blättern des breiten Mutterbandes vor dem Kreuzbeine fixiert und sehr blutreich ist, hält er die provisorische Amputation des Uterus mit Zurücklassung der Geschwulst für zweckmäßiger und empfiehlt, die Exstirpation der Geschwulst auf die Zeit zu verschieben, wenn die Schwangerschaftshyperämie bereits geschwunden ist.

Kubinyi teilt drei einschlägige kasuistische Fälle mit.

Tóth teilt die Ansicht des Vortr. nicht, daß das myomatöse Gewebe der Infektion zugänglicher sei, als das normale Uterusgewebe. Er operierte im letzten Jahre während der Schwangerschaft dennoch drei Myome, die einer Nekrose anheimgefallen waren; seines Erachtens verbreitet sich die Infektion von der Gebärmutterhöhle ausgehend auf dem Wege der Lymphbahnen, oder es findet eine unmittelbare Infektion der Myomknoten statt.

Lovrich bemerkt, daß nach einem französischen Autor die Infektion der Myome auf dem Wege der Lymphgefäße und Venen stattfindet, und eben deshalb darf bei Laparotomien die Enukleation oder Anbohrung der Geschwülste nicht vorgenommen werden.

Scipiades (Schlußwort) bleibt bei seiner Überzeugung, daß das in seiner Vitalität geschwächte myomatöse Gewebe den Keimen gegenüber nicht jene

Digitized by Google

Widerstandsfähigkeit besitzt wie ein normales Gewebe. Gibt das Myom während der Zeit der Geburt entweder direkt oder indirekt eine Indikation zu irgendeinem Eingriffe, so ist eine konservative Operation nicht am Platze. Bezüglich der Bemerkung Lovrich's betont auch er, daß die der Submucosa nahe liegenden Geschwülste gar nicht, oder bloß in Ausnahmefällen enukleiert werden sollen.

Sitzung vom 3. Dezember 1912.

Vorsitzender: Dirner; Schriftführer: Lovrich.

Demonstration:

Fekete: Interpositionsversuch per laparotomiam. Es handelt sich um eine 45jährige Frau, die 7mal normal geboren hat. Seit 6 Jahren fällt ihre Gebärmutter vor die Schamspalte vor, sie kann dieselbe jedoch beim Liegen selbst reponieren. Außerdem bestand ein veralteter Dammriß und eine zitronengroße Cystokele. Der vergrößerte Uterus befand sich in nicht fixierter Retroflexioversiolage und zeigte im Fundus einen hühnereigroßen Myomknoten. Linke Adnexe fixiert, vergrößert. Interposition per laparotomiam. Enukleation des myomatösen Knotens, Befreiung der linkseitigen Adnexe, rechterseits Salpingostomie und schließlich Fixation der Gebärmutter nach Durchschneidung der vorderen Umbiegungsfalte des Bauchfells (und tiefer Herabschiebung der Blase) an die vordere Scheidenwand. Die Heilung war eine glatte.

2) Fall eines Beckenechinokokkus. 22jährige Arbeitersfrau, die vor $1^1/_2$ Jahren zum letzten Male geboren hat. Geburtsverlauf war normal, erkrankte 4 Wochen nach der Geburt, ist seither immer krank. Die innere Untersuchung ergibt, daß der Gebärmutterkörper sich in Anteflexion befindet, rechts hiervon ist eine traubenartiges, aus mehreren Knoten zusammengesetztes, sich auch hinter die Gebärmutter erstreckendes Gebilde tastbar, welches mit Wahrscheinlichkeit für eine maligne Ovarialgeschwulst gehalten wird. Bei der Laparotomie stellte es sich heraus, daß der sackartige Tumor, ohne verletzt zu werden, entfernt werden konnte. Hingegen war eine von der hinteren Wand der Gebärmutter ausgehende Tochterblase gesprungen und erwies sich als Echinokokkus. Es gelang nicht, die Tochtercyste von der Gebärmutterwand abzulösen; deshalb Totalexstirpation nach Doyen. Primäre Heilung.

M. Horváth: 1) Fall von Foetus papyraceus. Der Fall wurde auf der I. Frauenklinik beobachtet. 15 Minuten nach der Geburt des lebenden, reifen Kindes weiblichen Geschlechtes erfolgte mit Hilfe eines leichten Credé die Geburt der Placenta. In den Hüllen derselben befand sich der Foetus compressus, die Frucht besaß eine eigene Placenta, Chorion und Amnion, stammte daher von einer zweieiigen Zwillingsschwangerschaft. Demonstration der Verknöcherungsverhältnisse beim 4 Monate alten Fötus mittels gut gelungener Röntgenbilder.

2) Lymphangioma colli cysticum als Geburtshindernis. Es handelt sich um eine 32jährige Ipara mit normalen Beckenmaßen und mit einem Bauchumfange von 106 cm. Die geburtshilfliche Untersuchung ergab eine Steißlage. Die Extraktion war mit großen Schwierigkeiten verbunden, da es trotz kräftiger Expression nicht gelang, das Kind weiter als bis zu dem Nabel zu entwickeln. Bei der inneren Untersuchung konnte eine umfangreiche, elastische, cystöse Geschwulst getastet werden, die mit dem Halse der Frucht im Zusammenhange stand. Nachdem dieselbe geplatzt war, entleerte sich ca. 1 Liter einer serösen Flüssigkeit, wonach die Extraktion leicht gelang. Das geborene Kind war 52 cm

Digitized by Google

lang, wog 3500 g, linkerseits befand sich am Halse eine mannskopfgroße, sackförmige Geschwulst, zu deren Füllung mehr als ein Liter Flüssigkeit benötigt wurde. Die mikroskopische Untersuchung ergab, daß die Innenwand der Cyste durch ein syncytiumartiges Epithel ausgekleidet ist, in der Wandung befinden sich Muskelelemente, drüsenartige Gebilde fehlen jedoch. Durch den mikroskopischen Befund fand unsere Annahme, daß es sich hier um eine geschwulstartige Erweiterung der Lymphwege handelt, ihre Bestätigung.

J. Berecz: Carcinoma clitoridis bei einer Gebärenden. Es handelt sich um eine 23jährige IIpara, die sich zur Geburt auf die II. Frauenklinik aufnehmen ließ. Bisher fühlte sie sich nicht krank, beobachtete bloß in den letzten Wochen der gegenwärtigen Schwangerschaft wenig blutigen Ausfluß. Bei der Untersuchung fand man ein die Clitorisgegend gänzlich einnehmendes Geschwür, das auch die Urethra in sich faßte und sich bis zum Vestibulum vaginae erstreckte.

Der Geschwürsgrund war verhärtet und mit dem Schambein fest verwachsen. Beiderseitige Leistendrüsen vergrößert. Die Geburt erfolgte in II. Gesichtslage. Verlauf des Wochenbettes normal. Von einer Operation mußte abgesehen werden, da dieselbe nur mittels Knochenresektion und Resektion der Urethra durchführbar gewesen wäre.

E. Scipiades:

1) Operierter Fall von Placenta praevia.

2) Intraligamentäre Schwangerschaft und Eklampsie.

3) Geheilter Fall von Ureterimplantation nach Samson (erscheint in extenso im Zentralblatt für Gynäkologie).

Diskussion: Rotter, Bársony, Tauffer, Dirner.

Schlußwort: Scipiades.

Sitzung vom 17. Dezemher 1912.

Vorsitzender: Lovrich; Schriftführer: P. v. Kubinyi.

A. Scherer referiert über zwei Fälle von Cholecystitis, die im Anschluß an Wochenbettfieber aufgetreten sind, und deren Entstehung Referent einer metastatischen Bakterieninfektion zuschreibt.

J. Szénássy: Das Zuelzer'sche Peristaltikhormonal in der operativen Gynäkologie.

Vortr. berichtet über mehr als 200 Fälle von Laparotomien, die zufolge verschiedener Indikationen vorgenommen wurden und wo das Hormonal angewendet wurde, wobei er zu folgendem Schluß kommt:

1) Nach Laparotomien ist die intramuskuläre Anwendung des Hormonals angezeigt, einerseits prophylaktisch, um der drohenden Darmparese vorzubeugen, andererseits um in der Rekonvaleszenz die Darmfunktion zu regeln.

2) Das intramuskulär verabreichte Hormonal ist vollkommen ungefährlich.

3) Die intravenöse Anwendung desselben ist womöglich zu vermeiden.

E. Petö referiert über einen Fall von extrauteriner Schwangerschaft im 4. Monate. Makro- und mikroskopische Demonstration eines schönen Exemplares einer parallel mit der ektopischen Schwangerschaft in der Uterushöhle aufgetretenen Decidua graviditatis.

Paul v. Kubinyi: 1) Operation der fixierten Retroflexion eines schwangeren Uterus, Myomenukleation, später normale Geburt. F. S., 20jährige Ipara, meldete sich im 2. Schwangerschaftsmonate, Repositionsversuch der Retroflexion. Da dies auch in Narkose nicht gelang, wurde in Anbetracht der Inkarzerationserscheinungen die Laparotomie vorgenommen.

Digitized by Google

Das von der Hinterwand der Gebärmutter ausgehende, breit aufsitzende, subseröse Myom war im Douglas fest fixiert und hielt den Uterus in einer Retroflexion III. Grades. Da der Tumor nicht tief in die Muskulatur hineinreichte, typische Enukleation, Etagennaht, hohe Fixation des Uterus nach Olshausen. Glatter Heilungs- und Schwangerschaftsverlauf. Später normale Geburt und normales Wochenbett.

2) Pyosalpinx und Ovarialabszeßoperation bei Abortus. F. B., 23jährige IIpara. Letzte Menstruation vor 3 Monaten. Seither hat sie quälende Bauchschmerzen, fiebert ständig, ihr Zustand verschlimmert sich andauernd. Innere Untersuchung: Uterus eleviert, steht mit einer kindskopfgroßen, die linke Beckenhälfte gänzlich, die rechte teilweise ausfüllenden Geschwulst in breitem Zusammenhange. Während der Beobachtung tritt eine starke Blutung auf, die einen Eingriff erfordert, die Gebärmutter ist jedoch nicht zugänglich. Um die Punktion der eitrigen Geschwulst und so eine septische Infektion zu vermeiden und weil andererseits die Bewegung der Gebärmutter und der Druck auf die Bauchwand leicht das Platzen der Geschwulst hätte hervorrufen können, entschloß sich K. zur Laparotomie. Es stellte sich heraus, daß man es mit einem riesigen ovariellen Abszeß zu tun hatte, der mit der Gebärmutter und auch mit der Flexura sigmoidea so stark verwachsen war, daß derselbe en bloque entfernt werden mußte. Der ausgeflossene Eiter wurde mit H_2O_2 weggespült. Nach Drainage durch die Scheide vereinigte v. K. das Colon sigmoideum mit der Blasenserosa, um das infizierte Sekret von der übrigen Bauchhöhle zu isolieren.

Der verwachsene lange Appendix wurde ebenfalls entfernt und in den unteren Winkel der Bauchwunde ein Mikulicz-Tampon eingesetzt. Glatte Heilung.

3) Fall eines sarkomatös entarteten Myoms.

4) Seltene Komplikation einer Stieltorsion einer Eierstocksgeschwulst.

Nach Achsenstieldrehung eines Ovarialkrebses trat eine Embolie der Lungenarterie auf, derzufolge die Pat. während der Aufnahme der Anamnese plötzlich zusammenstürzte und starb.

5) P. v. Kubinyi und J. Farkas: Exstirpation eines Bauchwandsarkoms während der Schwangerschaft, später normale Geburt.

Der Fall wurde im 3. Monate der Schwangerschaft von F. operiert. Die Schwangerschaft blieb, trotzdem ein großes Stück des Peritoneum parietale mitentfernt wurde, bestehen, und die Geburt ging trotz der ausgedehnten Bauchwandnarbe ohne Schwierigkeit vonstatten. Scherer (Budapest).

---

6) Gynäkologische Gesellschaft in Budapest.

Sitzung vom 4. März 1913.

Vorsitzender: Tauffer; Schriftführer: v. Kubinyi.

Eugen Pozsonyi: Operierter Fall eines primären Scheidenkrebses. (Exstirpation der Genitalien und des Rektum.)

Die 50jährige Pat. wurde am 3. September 1913 auf die Abteilung des Prof. Herczel aufgenommen. — 6 Partus, 2 Aborte, letzter Partus vor 10 Jahren. Menstruiert seit dem 14. Lebensjahre, mit Dauer von 4—5 Tagen, starke Blutung. Letzte Periode anfangs August. Seit einem Jahre starker Ausfluß. Nach einigen Tagen der letzten Periode entstand plötzlich eine starke Blutung.

Empfindet keinen Schmerz. Magert rasch ab.

Digitized by Google

Die oberen zwei Drittel der hinteren Scheidenwand und das Scheidengewölbe der sehr blassen Pat. nimmt eine ungefähr 2 Fünfkronenstücke große, bröckelige, unebene, sehr leicht blutende Masse ein, welche sich auf die Portio vaginalis nicht ausdehnt. Der normal große Uterus ist anteflektiert, Umgebung frei. Bei der Untersuchung per rectum zeigt sich das Septum rectovaginale in großer Ausdehnung infiltriert, jedoch ist die Schleimhaut des Mastdarms noch verschiebbar.

Mikroskopischer Befund der Probeexzision: Basalzellenkrebs.

Es handelt sich also hier um ein an der hinteren Scheidenwand sitzendes Primärkarzinom.

Die nach den Scheidenkrebsoperationen sehr häufig auftretenden Rezidive, so auch der enge Nexus der Scheidenlymphgefäße mit dem Rektum und dessen Lymphgefäßen veranlaßten Krönig zu der Äußerung, daß, wenn wir ein in der hinteren Scheidenwand sitzendes Primärkarzinom radikal entfernen wollen, die Operation neben der Totalexstirpation der Genitalien auf das Rektum, bzw. auch auf die sich in der Kreuzbeinmulde befindlichen Lymphdrüsen ausgedehnt werden muß. Dieselbe Ansicht teilte auch Herr Tauffer in unserer Gesellschaft.

Bisher wurden in elf Fällen der in der hinteren Scheidenwand sitzenden Primärkarzinome die Genitalien und das Rektum entfernt. Durch die abdominoperineale Methode: Prior, Himmelfarb, Peitmann. Mit der dorsoperinealen Methode: Zweifel, Mayer, Kleinhans, Döderlein, Pauncz, v. Kubinyi.

In seinem Falle führte er die Operation am 5. September 1912 nach der dorsoperinealen Methode durch. Er exstirpierte also zusammen mit dem Rektum mit vaginaler Radikaloperation den ganzen Genitalapparat, und zwar ohne Eröffnung des Rektums und der Vagina. Die Wunde wurde mit tiefen, die Muskelschichten umfassenden Silknähten verschlossen. Bloß durch die Mitte der Wunde und vor dem Colon sigmoideum ein Gazestreifen bis zum Peritoneum.

Heilungsverlauf glatt. Jetzt, 6 Monate nach der Operation, befindet sich die Pat. wohl, sie trägt eine Pelotte auf dem Anus sacralis, regelt ihren Stuhl mit Diät, so daß solcher täglich einmal erfolgt und nahm seit der Operation 10 kg zu.

Die bei der dorsalen Operation des Mastdarmkrebses einzuhaltenden Prinzipien beziehen sich auch auf den Krebs der hinteren Scheidenwand. Man kann sich bemühen, den Sphinkter zu erhalten. Wenn auch die anale Gegend krebsig infiltriert ist, ist dieses Bemühen vergeblich. Wenn jedoch das Karzinom höher liegt, so daß 3—4 cm gesunder Darm erhalten werden können, wird die Hochenegg'sche Durchziehungsmethode durchgeführt. Betreffs der Resektion, mit zirkulärer Naht des Mastdarms, sind die Erfahrungen allgemein schlecht.

Wenn es weder die Lokalisation des Tumors noch die Eigenschaften des oralen Stumpfes erlauben, daß die proximale Darmpartie durch die von der Schleimhaut entblößte anale Portion gezogen und an die Haut fixiert werden kann, um hierdurch die Kontinenz zu sichern, dann muß in jedem Falle ein Anus sacralis gemacht werden. — In diesem Falle veranlaßten der Tumor, hauptsächlich jedoch die tiefe Infiltration des Septum recto-vaginale die Etablierung des Anus sacralis. Wenn in der Genesung keine Komplikationen eintreten, kann ein den heikelsten Ansprüchen entsprechender, kontinenzähnlicher Zustand erreicht werden. Mit der Zeit bildet sich oberhalb des Anus sacralis eine Ampulle aus, welche in ihrer Funktion der Ampulla recti ähnelt, aus welcher in der Regel morgens die beim Aufstehen lebhaftere Darmperistaltik die angesammelten, harten Kotmassen entleert. Während des Tages verschließt eine Pelotte (Payr, Hochenegg, Herczel), welche den Darm an das Kreuzbein drückt, den Anus

Digitized by Google

vollständig. Die Pat. muß durch entsprechende Diät dafür sorgen, daß der Kot andauernd von harter Konsistenz ist, und daß sich nur wenig Darmgase bilden.

Die meisten Pat. finden sich in diesen Zustand in kurzer Zeit herein, und es bedarf nur selten einer Sekundäroperation, wie der Schmieden'schen Plastik oder der Sphinkterplastik mit Benutzung des M. glutaeus maximus.

Diskussion. Pauncz: Am 7. XI. 1911 demonstrierte er den operierten Fall eines durch perineale Totalexstirpation der Genitalien und des Rektums geheilten Scheidenkrebses und begründete gelegentlich seines Vortrages am 12. Dezember die Indikationen der bei uns durch ihn zum ersten Male vollbrachten Operation und die einzelnen Phasen seiner anatomisch und pathologisch-anatomisch motivierten Operationsmethode. Zur selben Zeit erwähnte er alle in der Literatur vorkommenden Methoden der operativen Behandlung des Scheidenkrebses.

Gelegentlich der nach dem Vortrage entstandenen Diskussion wurde der allgemeine Wunsch geäußert, die Pat. von Zeit zu Zeit vorzuführen. Sie wird daher, $1^1/_2$ Jahre nach der Operation, ohne Rezidive gezeigt. Seither operierte Herr v. Kubinyi zwei Fälle nach dieser Methode. Er selbst jedoch kam seither nicht in die glückliche Lage, nach seiner Methode operieren zu können. Der verstorbene Prof. Dirner schickte zwar eine an Carcinoma vaginae leidende Pat.; sie befand sich jedoch in solchem Zustande, daß sie per vaginam gänzlich inoperabel schien. In diesem Falle hat er die Probelaparotomie mit der Absicht durchgeführt, die Ureteren sofort aufzusuchen, wenn diese frei waren, die Wertheim'sche Operation nach Pryor und Himmelfarb auszuführen, durch die abdomino-perineale Methode den ganzen Genitalapparat samt dem Rektum zu exstirpieren und einen Anus iliacalis zu etablieren. Es wurden beide Aa. hypogastr. und die Mesenterica inferior unterbunden, das Sigma wurde mit der Hültl'schen Nähmaschine durchgeschnitten, beide Stümpfe vernäht, der proximale Stumpf durch eine separate Öffnung gezogen und ein Anus iliacalis etabliert. Sodann wurden der Uterus, die Vagina, das Sigma und das Rektum bis zum Diaphragma pelvis heruntergezogen, mit einem Tupfer bedeckt. Dann wurde die Bauchwunde geschlossen und die Scheide samt Rektum von unten nach Durchschneidung des Diaphragma pelvis entfernt. Hernach wurde das Ende des Tupfers hervorgezogen, der Beckenboden nach Einführung steriler Gaze bis zum Mikulicz-Tampon rekonstruiert. Der Tampon wurde vor dem Sakrum herausgeleitet. Die Pat. starb nach 5 Tagen an Peritonitis. Bei der Sektion fand man kein Karzinom. Der Fall ist sehr lehrreich, indem ein anscheinend inoperabler Fall noch durch die abdomino-perineale Methode zu operieren war, ferner deshalb, weil beide Hypogastricae abgebunden wurden und trotzdem keine Blasennekrose entstanden war. Zum Schluß ist auch das pathologisch-anatomische Präparat lehrreich, welches klar dokumentiert, daß — nach Moran — die Lymphgefäße des hinteren Scheidengewölbes die Fascia recti durchbohren, das Rektum umarmen und in die Lymphdrüsen des Mesorektum münden. Der primäre Scheidenkrebs griff die vordere Wand des Rektum an, es wurden die mesorektalen Lymphdrüsen zirkulär infiltriert, und das Anwachsen an das Sakrum hat den Anschein der Inoperabilität hervorgerufen. Wenn also die Operation auf perinealem Wege nicht durchführbar erscheint, so versuche man die Operation durch die abdomino-perineale Methode nach Pryor und Himmelfarb.

v. Kubinyi führte die Exstirpation des ganzen Genitalapparates samt dem Rektum in drei Fällen durch. Seitdem operierte er noch einen vierten Fall, welcher jetzt auf dem Wege der Heilung ist. Dreimal benutzte er die in Rede stehende

Digitized by Google

perineo-sakrale Methode. Einer der beiden Fälle ist per primam geheilt und befindet sich nach einem Jahre vollständig wohl, ist arbeitsfähig, zeigt keine Spur eines Rezidivs, gewöhnte sich durch Diät, den Stuhl zu regeln. Es haftet dieser Operation der Fehler an, daß die Leute den Reiz der Stuhlentleerung nicht spüren, die Pat. bemerkt nicht den Moment der Defäkation, weshalb sie sich oft verspätet. Sie ist auf die Beobachtung der Peristaltik angewiesen.

Im zweiten Falle ging die Operation glatt vonstatten, jedoch hat nach 45 Minuten die Wirkung der Lumbalanästhesie derart nachgelassen, daß Narkose angewendet werden mußte. Die Operation währte $1^1/_4$ Stunden. Er schreibt es der Narkose zu, daß nach der sonst gänzlich glatten und mit geringem Blutverlust abgelaufenen Operation die bei der Nachmittagsvisite sich noch wohl befindende Pat. plötzlich kollabierte und in wenigen Minuten starb. Allerdings war die Frau fettleibig und hatte während 6 Monaten viel Blut verloren. Bei der Sektion konstatierte man Fettherz, die Myodegeneration hatte den Tod veranlaßt.

Wiewohl diese mit so großer Verstümmelung verbundenen Operationen unsympathisch sind, müssen wir sie nach dem heutigen Stande der Krebstherapie durchführen, und bei der Lokalisation des Scheidenkrebses im hinteren Scheidengewölbe ist eine Genesung nur auf diese Weise denkbar.

Jedenfalls ist es ein kolossaler Eingriff, welcher einen bedeutenden Shock nach sich zieht, weshalb auch die Narkose womöglich zu vermeiden ist.

Frigyesi führte die Exstirpation des Genitalapparates samt dem Rektum durch die dorsoperineale Methode vor 5 Monaten durch. 53jährige, an Arteriosklerose leidende Pat., mit dicken Bauchdecken. Auf der hinteren Scheidenwand ein kinderhandgroßes Karzinom; das Septum rectovaginale und das rechte Lig. sacrouterinum waren in großer Ausdehnung infiltriert. Sowohl des allgemeinen Zustandes, als auch der lokalen Veränderung wegen schien der abdominale Eingriff sehr gefährlich. Er führte die Operation gleichwie der Vortr. durch. Die Pat. genas. Der größte Teil der Wunde heilte per secundam. F. ist wegen der Incontinentia alvi kein Freund der Amputatio recti und möchte lieber eine Mastdarmresektion, eventuell die Hochenegg'sche Durchziehungsmethode anwenden. Die dorsoperineale Methode ist jedoch leicht durchführbar und erleichtert gerade in den infiltrierten, schwer zugänglichen Fällen sehr den Zugang zum Uterus und zum Parametrium. Die Schlußfolgerung ist, daß wir bei den vaginalen Operationen durch den paravaginalen Schnitt technische Vorteile nur erreichen können, wenn wir die Schnitte viel tiefer als üblich und wenn es erforderlich zweiseitig anlegen.

Stefan Tóth: Fälle aus dem Gebiete der Bauchchirurgie.

Im Sommer des Jahres 1912 ist ein selbst in der so reichen deutschmedizinischen Literatur unvergleichliches Buch erschienen, die dritte verbesserte Ausgabe der Döderlein-Krönig'schen »Operative Gynäkologie«.

Dieses Buch erregte auch außerhalb seiner Heimat ein großes Aufsehen, nicht nur infolge der Ausstattung und des reichlichen Inhaltes, sondern auch deshalb, weil der Stoff der alten Ausgabe durch die Bauchchirurgie ergänzt ist. Wie die Einleitung des Buches — den Fritsch'schen Standpunkt vollkommen einnehmend — betont, ist die weibliche Bauchchirurgie Sache der Gynäkologen und wurde auch von ihnen ausgearbeitet. Das sind die Bestrebungen und Prinzipien, für welche Prof. Tauffer während seiner mehr als 30jährigen Tätigkeit in unserem Vaterlande gekämpft hat. Er forderte, daß derjenige, der die Bauchhöhle öffnet, mit allem, was er trifft, so fertig werden müsse, wie es der heutige Stand der Wissenschaft erfordert. Es bestehen noch immer viele Irrtümer in der Diagnostik der Bauchgeschwülste, es ist daher schon deshalb notwendig, daß der Gynäkologe

Digitized by Google

gerade so Darm resezieren kann, wie die Niere und Gallenblase exstirpieren. Wie oft muß man neben einem Tumor genitalis auch an den übrigen Bauchorganen operieren, abgesehen davon, daß heute von uns bereits jeder vor der Vernähung der Bauchwand den Processus vermiformis untersucht und wenn notwendig exstirpiert. Das darf sich nicht mehr ereignen, daß der Gynäkologe, beim Bauchschnitt anstatt einer Cyste einen Darmtumor vorfindend, den Bauch verschließt und die Pat. nach der Rekonvaleszenz zum Chirurgen schickt.

Aus dem Gebiete der Bauchchirurgie will er über fünf Fälle berichten, welche er in letzterer Zeit binnen weniger Monate zu beobachten Gelegenheit hatte. Nicht die außergewöhnliche Beschaffenheit dieser Fälle veranlaßt ihn zum Vortrage, sondern die Absicht, damit die Notwendigkeit der erwähnten Prinzipien zu illustrieren.

1) Fall R. M., 21 Jahre alt, IIpara, der letzte Partus vor 2 Jahren, seit einem Jahre krampfartige Schmerzen. Es findet sich ein den ganzen Bauch ausfüllender, cystisch-elastischer Tumor, dessen zweifaustgroßer, unterer Teil in dem Becken neben dem Uterus liegt. Der obere Teil, den größten Teil der Bauchhöhle ausfüllend, geht in die Leberdämpfung über. Beim Bauchschnitt mehrere vom Netz ausgehende Echinokokkuscysten. Die Hauptblase hängt mittels eines breiten, bandartigen, kurzen Stieles mit der Leber zusammen. Nach Lösung und Unterbindung gelingt die Entfernung. Heilung.

2) Fall Sz. M., 51 Jahre alt, XIIpara, seit 10 Jahren im Klimakterium. Seit 2 Jahren bemerkt sie eine Bauchgeschwulst und hat Schmerzen. Fast mannskopfgroßer, rechtseitiger, retroperitonealer Tumor. Beschaffenheit des Urins normal. Diagnose: Nierentumor. Nephrektomie auf transperitonealem Wege. Der Tumor war eine große Hydronephrose. Die Funktion der anderen Niere ist gut.

3) Fall M. W., 38 Jahre alt, Vpara. Seit einem Jahre krank. Zweiseitige Eierstocksgeschwulst. Chronische Entzündungen. Beim Bauchschnitt außergewöhnliche Verwachsungen. Doppelseitiges, intraligamentäres Kystoma papillare, rechtseitig faustgroßer, eitriger Salpinxtumor. Bei der Exstirpation sehr große Schwierigkeiten, der rechtseitige, gänzlich verschobene Ureter wurde ziemlich hoch durchgeschnitten, so daß eine Implantation unmöglich, deshalb eine Ureternaht nach der Methode Tauffer, hernach die Totalexstirpation des Uterus, Drainage gegen die Scheide notwendig wurde. Tage hindurch mäßige Temperaturerhöhung. Kleiner Bauchwandabszeß. Die Ureternaht hält gut. Die am 25. Tage erfolgte Cystoskopie zeigt, daß auch der rechte Ureter vollkommen leitet, der Uretherkatheter Nr. 6 bleibt 5—6 cm hinter der Blasenöffnung stecken, demnach war gerade an der Stelle der Naht eine kleine Striktur oder eine Knickung. In 3 Jahren ist dies in meiner Abteilung die zweite Ureternaht. Die erste Naht wendeten wir an einem, bei einer Wertheim'schen Operation durchgeschnittenen Ureter an. Am 9. Tage jedoch trat Harnträufeln ein, und die Pat. verließ die Abteilung mit einer Ureterfistel.

4) Fall V. J., 35 Jahre alt, IVpara. Seit 7 Wochen große Bauchschmerzen, seit 5 Wochen hartnäckige Stuhlverhärtung, Appetitlosigkeit. Im Unterleibe der kachektischen Pat. doppeltfaustgroßer, leicht beweglicher, beim Betasten knisternder Tumor. Uterus anteflektiert. Beide Ovarien tastbar. Diagnose: Darmgeschwulst. Beim Bauchschnitte ergab sich, daß die Geschwulst das außergewöhnlich ausgedehnte, untere Segment des Ileum ist, in demselben schotterige Massen tastbar, nebenan, rechtsseitig außergewöhnlich verwachsenes, narbiges Coecum fühlbar. Jedenfalls die Folge einer abgelaufenen Appendicitis. Enteroanastomose. Die ausgedehnte Wand des Ileum an das Colon transversum

Digitized by Google

genäht, hernach geöffnet: eine überaus stinkende Masse entleert sich. Nebst verschiedenen Abfällen eine Eiterschale ausfüllende Kirschen-, noch mehr Pflaumenkerne. Nach typischer Anastomose Verschluß der Bauchwunde. Ungestörter Heilungsverlauf.

5) Fall Frau K. B., operiert am 14. II. 1913. Im Bauche stark gespannter, den Bauch ausfüllender mannskopfgroßer, elastischer, cystischer Tumor, welcher vor dem Uterus in das Becken reicht.

Beim Bauchschnitt ein anatomisches Bild, wie er es während seiner 24jährigen gynäkologischen Tätigkeit nicht zu sehen bekam. Beim Durchschnitt der Bauchwand konnte er nirgends in die Bauchhöhle eindringen, war der Meinung, daß eine breite Verwachsung zur Bauchwand vorhanden sei, und versuchte an der Wand des Tumors seitwärts die Ablösung. Keine freie Stelle. Punktion des stark fluktuierenden Tumors; es entleert sich mäßiges, blutiges Serum. Beim Einschnitt quillt eine an dickes Kolloid oder myxomatöses Gewebe erinnernde, teilweise zähe Masse hervor. Schließlich läßt sich die ganze Geschwulst vor die Bauchwunde bringen, ohne daß die peritoneale Höhle eröffnet wurde. Es scheint noch immer, daß es sich um einen mit der Bauchwand verwachsenen Ovarialtumor handelt. Die Geschwulst wird aus der peritonealen Kapsel ausgeschält. Als am tiefsten Pol die zuführenden Gefäße umstochen werden und behufs Reduktion die große peritoneale Kapsel durchschnitten wird, öffnet sich die Bauchhöhle und, darin tastend, fühlt man mit größter Sicherheit den Uterus und beide gesunde Ovarien. Daraus geht deutlich hervor, daß die die ganze Bauchhöhle ausfüllende, große Geschwulst keine Bauchgeschwulst ist, sondern von dem subperitonealen Bindegewebe der Bauchwand entstammt und vor sich das parietale Peritoneum aufwärts geschoben hat.

Die histologische Untersuchung konnte bisher in der Geschwulst bloß bindegewebige und Muskelelemente nachweisen, ist jedoch noch nicht abgeschlossen. Nach Reduktion der peritonealen Kapsel wurde die Bauchwunde vereinigt. Unter mäßigen Temperaturerhöhungen störte eine Thrombose an der linken unteren Extremität die Heilung.

Diskussion. Scipiades: Daß wir nicht nur in Krankenhäusern, sondern auch an den Kliniken, also allgemein in der operativ-gynäkologischen Praxis, oft gezwungen sind, außerhalb des engeren Gebietes der Gynäkologie Operationen vorzunehmen, beweisen die an der II. Frauenklinik im verflossenen Jahre außer den Appendixoperationen vorgenommenen trans- und extraperitonealen Nierenexstirpationen, Leisten- und Schenkelbrüche, Trendelenburg'sche Saphenaoperation usw. Er will jedoch nicht zu diesen, von Herrn Tóth ausgeführten Fällen, sondern zur Uretervereinigung eine Bemerkung machen. Im verflossenen Jahre befand sich an der II. Frauenklinik auch ein Fall, bei welchem der per continuitatem vernähte Ureter sich nicht per primam vereinigte, denjenigen 10 Fällen gegenüber, welche bis nun an der Klinik vernäht wurden und alle per primam heilten. Dieser ungewöhnliche Fall ereignete sich auch im Verlauf einer Wertheim'schen Operation, ähnlich dem Falle des Herrn Tóth. Aus diesem denkt er die Lehre schöpfen zu können, daß bei den Wertheim'schen Operationen die ausgiebige Isolierung die Störung der Gefäßversorgung verursacht und den Grund bildet, weshalb die Naht nicht heilt. Für solche Fälle empfiehlt er eher die Implantation des Ureters in die Blase, die man schon in zwei Fällen bei Ureterverletzungen bei Wertheim'schen Operationen angewendet hat; die Implantation war in beiden Fällen erfolgreich.

v. Kubinyi: Wer in der Bauchhöhle operiert, muß auf jede Eventualität

Digitized by Google

vorbereitet sein. Wir wissen, wie schwer manchmal die genaue Diagnosenstellung ist. Beweis hierfür die Berechtigung der diagnostischen Probelaparotomie. Außerdem können die den weiblichen Genitalien entstammenden Tumoren mit den Bauchhöhlenorganen in die verschiedensten Beziehungen treten. Der Gynäkologe hat daher in der Chirurgie des Darmes und anderer Bauchorgane auch bewandert zu sein. Im Laufe dieses Sommers publizierte er die von ihm durchgeführten Ureterimplantationsfälle. Jetzt gelangen zur Veröffentlichung die im Ärzteverein vorgestellten Coecumresektionen, über deren Dauerheilung er auch schon Bericht erstatten kann. Wer daher gynäkologische Laparotomien vornimmt, der übt eigentlich eine Abdominalchirurgie im engeren Sinne aus.

Tauffer: Mit der Zeit erlebt der Mensch so manches und nimmt viele Veränderungen wahr. So ist es auch in dieser Frage. Anfangs seiner Tätigkeit waren die Gynäkologen diejenigen, die im Anschluß an gynäkologische Laparotomien die Chirurgie anderer Organe ausübten. Er weist auf die von ihm selbst vorgenommenen Coecumresektionen, Nierenste noperationen, Nierenexstirpationen, Uternähte usw. hin. Heute sind es die Chirurgen, die mit Vorliebe das Gebiet der Gynäkologie betreten und gynäkologische Operationen ausführen. Es ist auch nicht möglich, die einzelnen Gebiete der Abdominalchirurgie scharf zu begrenzen. — Beweise hierfür auch die Fälle des Vortr. Bei Fehldiagnosen und unvorhergesehenen Komplikationen ist es eine Pflicht, die Schwierigkeiten zu bekämpfen; demnach hat der Gynäkologe auch in allen Operationen in der Bauchhöhle erfahren zu sein.

Zeitschriften.

7) Gynäkologische Rundschau 1913. Hft. 6—10.

1) Reinhard (Magdeburg). Ektopische Schwangerschaft und intraperitoneale Blutung aus Ovarialcysten, besonders solchen der Corpora lutea.

Als Ursache von Hämatokelenbildung und freier intraperitonealer Blutung werden neben der Tubargravidität Rupturen von Ovarialcysten (Follikelcysten) oder Corpus luteum-Cysten genannt. Während in der Literatur Fälle von Platzen einer Corpus luteum-Cyste nur außerhalb der Gravidität (Corpus luteum menstruationis) beschrieben sind, führt Verf. den ersten Fall von Ruptur einer Corpus luteum-Cyste bei gleichzeitiger Tubargravidität an. Genaue Beschreibung des Falles mit eingehender mikroskopischer Untersuchung, die die Diagnose bestätigt.

2) Lorey (Hamburg). Die Röntgentherapie in der Gynäkologie.

Nach kurzer Angabe der Grundregeln für eine gute Tiefentherapie wird die eigene Technik besprochen, die sich an die Albers-Schönberg'sche Methode anlehnt, nur daß statt einer drei Einfallspforten benutzt werden. Die Erfolge damit sind angeblich gut; zuerst meist Verstärkung der Blutung, wie es bei Dosen von 20—30 X bei 3 mm Aluminiumfilterung nicht verwunderlich erscheint. Dann allmähliche Besserung bis zur Amenorrhöe. Die dazu nötige Serienzahl wird nicht angegeben.

3) Frankl (Wien). Zur Technik der Röntgengyniatrie.

Zur abdominalen Bestrahlung wird eine Binde mit 24 quadratischen Löchern von 3 cm Seitenlänge angewendet. Zwischen den einzelnen Feldern 3 cm Zwischenraum. Auf die Felder wird der auf die quadratischen Löcher passende Trichter, der sich an dem Röntgenschutzkasten befindet, aufgesetzt. Für die vaginale Bestrahlung kommen Bleiglasspekula in Anwendung, die durch eine verstellbare Haltestange am Tisch in jeder Lage fixiert werden können. Vor diesem Spekulum wird die mit Schutzstoffen umkleidete Röhre aufgestellt.

Digitized by Google

4) H. E. Schmidt (Berlin). Zur Technik und Pathologie der gynäkologischen Röntgenbehandlung.

Verf. verwendet einen dreieckigen Tubus, den er in Sternform 8mal auf das Abdomen aufsetzt und zur Kompression der Weichteile verwendet. Auf jedes Feld appliziert er 30—40 X, nach Kienböck gemessen, mit nur 1—2 mm Aluminiumfilter bei einer Röhrenhärte von 6 B.-W. Nach 4 Wochen Wiederholung dieser Serie. Immer sah er ein Früherythem nach 1—2 Tagen auftreten, das nach einigen Tagen wieder verschwand und eine Pigmentierung zurückließ. Später traten bisweilen leichte Hautatrophien und Teleangiektosien auf, die Verf. für belanglos hält. Spätschädigungen hat er bisher nicht erlebt, ebensowenig wie er Störungen von seiten des Darmes oder der Blase beobachtete. Auch das Auftreten eines »Röntgenkaters« hat er nie bemerkt, höchstens einen »Röntgenrausch« in Gestalt von Müdigkeit und leichter Benommenheit.

5) G. Peus (Bonn). Ein neuer Fall von Hernia labialis posterior (Hernia subtransversalis).

Zusammenstellung der recht seltenen Formen von Labialhernien, die je nach der Bruchpforte in subpubische, ischiadische und subtransversale zerfallen. Im vorliegenden Falle lag die Bruchpforte am äußeren Rand der Pars pubica des Levator ani, dicht neben dem Tuber ossis ischii. Die Hernie wurde operativ entfernt und ist bisher nicht rezidiviert. Bei Ablehnung der Operation wird als Therapie eine Pelotte, ähnlich dem Hysterophor empfohlen.

6) Engelmann und Elpers (Dortmund). Über das Verhalten der Blutviskosität bei der Eklampsie sowie bei anderen Erkrankungen und Veränderungen des weiblichen Körpers.

Viskositätsprüfungen des weiblichen Blutes von Graviden, Kreißenden und Frischentbundenen mit dem Hess'schen Apparat ergaben eine deutliche Herabsetzung der Viskosität, die jedoch bald nach der Entbindung zur Norm zurückkehrte. Ähnliche Prüfungen wurden mit dem Blut Eklamptischer angestellt. Es wurde vor jedem therapeutischen Eingriff eine Steigerung der Blutviskosität um 40% gefunden. Auf Grund dieser Ergebnisse wird die heilsame Wirkung des Aderlasses bei Eklampsie durch die nach allen schweren Blutverlusten (Myome, Aborte) beobachtete Herabsetzung der Viskosität (17%) zu erklären versucht, ebenso wie eine intravenöse Infusion Ringer'scher Lösung die Viskosität um ca. 25% herabsetzt. Durch Kombination dieser beiden Eingriffe trat eine Herabsetzung um 33% ein.

Bei Tubargraviditäten fand sich eine geringe Herabsetzung der Viskosität im Gegensatz zur Erhöhung der Werte bei entzündlichen Adnexerkrankungen (diagnostisch wichtig).

Untersuchungen des Blutes von Neugeborenen ergaben eine Erhöhung der Viskosität um ca. 50% gegenüber dem mütterlichen Blute, während das Nabelschnurblut dem mütterlichen hinsichtlich der Viskosität bedeutend näher kam.

7) Hartmann (Remscheid) und Loeschke (Köln). Die Uterusnarbe nach suprasymphysärem, extraperitonealem Kaiserschnitt.

Beschreibung eines Falles, bei dem 2mal die extraperitoneale Sectio caesarea ausgeführt worden ist, und zwar 1mal durch Schrägschnitt in die Cervix von links, 1mal von rechts her. Bei der dritten Gravidität wurde Totalexstirpation wegen Komplikation mit Placenta praevia ausgeführt. Die alten Narben in der Cervix waren makroskopisch überhaupt nicht zu sehen, mikroskopisch waren es bindegewebige Bänder, die zum Teil von glatten Muskelfasern durchwachsen waren. Eine Störung der Blutversorgung im unteren Uterusabschnitt und der Cervix

Digitized by Google

konnte nicht festgestellt werden, nur eine allgemeine Verdünnung der Vorderwand der Cervix. In der Umgebung der Narben fanden sich Schleimhauttaschen und Hohlräume, die mit Epithel ausgekleidet waren. Ihre Entstehung ist wohl auf ein Mitfassen der Mucosa bei den Operationen zurückzuführen und auf eine sekundäre Epithelialisierung und Abschnürung der Stichkanäle. Außerdem waren reichliche Fremdkörperriesenzellen mit Catguteinschlüssen vorhanden.

Die Narben an sich waren also absolut widerstandsfähig geblieben, nur die Partien in der Umgebung waren infolge der Hohlräume etwas geschwächt. Die Widerstandskraft läßt sich aber erhöhen, wenn man nicht zuviel Nähte legt und das Mitfassen der Mucosa peinlichst vermeidet. Langes (Kiel).

Harnorgane.

8) **G. J. Thomas** (Rochester, Minn.). **Ein Apparat zur Injektion und Auswaschung der Nierenbecken und Ureteren.** (Journ. amer. med. assoc. 1913. Januar 13.)

Statt Benutzung von Spritzen empfiehlt T. den Gebrauch des von ihm angegebenen, nach Art eines Irrigators wirkenden Drainageapparates, der bei ständiger Kontrolle des angewandeten Druckes eine Überdehnung und eventuelle Ruptur einer Hydronephrose vermeiden läßt. Der Apparat hat sich in der Klinik Mayo gut bewährt. Schottelius (Hamburg).

9) **A. Werelius** (Chicago). **Nephroptosis und Nephropexie.** (Journ. of the amer. med. assoc. 1913. März 1.)

Kurze Besprechung der bekannten Ätiologie, Anatomie, der Symptome und Behandlung der Wanderniere.

Die verschiedenen operativen Fixationsmöglichkeiten werden in chronologischer Reihenfolge beschrieben. Nach der Methode des Verf.s werden von der Nierenkapsel zwei Streifen so abpräpariert, daß sie noch an den Nierenpolen der Niere anhaften; die freien Enden werden dann nach Reposition der Niere und Naht der Muskeln über den Muskeln verknüpft und vernäht. Die Niere hängt dann »wie ein Korb am Henkel«.

Mortalität in 27 so operierten Fällen, ausschließlich Frauen, 0. Thrombophlebitis post op. einmal, schwere Neurosen zweimal.

Schottelius (Hamburg).

10) **Tassius. Pyelitis in graviditate.** Inaug.-Diss., Erlangen, 1912.

An der Hand von ausführlichen Geburtsgeschichten der Universitäts-Frauenklinik bespricht Verf. das klinische Bild der Pyelitis gravidarum unter Berücksichtigung der vorhandenen Literatur. Die Frage, ob aszendierende oder deszendierende Pyelitis, bleibt offen; deutsche Autoren sind in der Mehrzahl für den Begriff der aszendierenden. Letztere findet eine starke Stütze durch die Untersuchung Engelhorn's u. a., die auch in absolut steril entnommenem Blasenurin sehr häufig Bakterien, zum Teil pathogene, fanden. Das Aufwärtswandern aus der Blase bewirkt die durch den wachsenden Uterus bedingte Harnstauung. Die Diagnose stützt sich auf akut fieberhaften Beginn, Schüttelfröste, Druckempfindlichkeit der Nierengegend, endlich Urinbefund, der aber erst durch Cystoskopie bzw. Ureterkatheterismus eindeutig wird. Letzterer schließt auch differentialdiagnostische Irrtümer aus (Cystitis, Appendicitis, Gallenblase). Therapie: Beseitigung der Harnstauung durch zweckmäßige Lagerung, Nierendiät, Nierenspülung durch Trinkkur, Harndesinfizientia per os, Nierenbeckenspülung mit Katheter. Als letztes: Entleerung des schwangeren Uterus. Chirurgische Ein-

Digitized by Google

griffe (Nephrotomie, Nephrektomie) sind im allgemeinen nicht zu empfehlen: 10% Mortalität, 27% Heilung (Küster). Daher Schwangerschaftsunterbrechung vorzuziehen. Seit Einführung des Spülkatheters haben sich die Heilungen wesentlich vermehrt.

11) **G. Strassmann** (Heidelberg). **Über die Einwirkung von Collargoleinspritzungen auf Niere und Nierenbecken.** (Zeitschrift für urolog. Chirurgie I. p. 126—138. 1913.)

Von verschiedenen Autoren wurden Schädigungen mitgeteilt, die bei der Füllung des Nierenbeckens mit Collargol zu diagnostischen Zwecken aufgetreten waren. Auf Veranlassung von Voelcker hat es Verf. unternommen, die Frage tierexperimentell zu prüfen. Er spritzte Kaninchen Collargol unter niedrigem Druck in die Ureteren und untersuchte danach Niere und Nierenbecken. Er fand das Nierenbecken geschwärzt, aber nicht verätzt; das Collargol war durch Diffusion in die Umgebung des Nierenbeckens und bis zur Nierenkapsel gelangt, zum Teil war es auch in den Gewebs- und Lymphspalten der Niere bis zur Niere emporgedrungen. Die Lumina der Harnkanälchen blieben frei. Eine Schädigung in der Funktion der Nieren trat nicht ein. Verf. glaubt, die an Kaninchen erwiesene Unschädlichkeit des Collargols für die Niere und das Nierenbecken auf den Menschen übertragen zu können. Linzenmeier (Berlin).

12) **C. Adrian** und **A. v. Lichtenberg** (Straßburg). **Die klinische Bedeutung der Mißbildungen der Niere, des Nierenbeckens und des Harnleiters.** (Zeitschrift für urolog. Chirurgie Bd. I. 1913.)

Eine kritische Zusammenstellung des genannten Gebietes mit ausführlichen Literaturnachweisen. B. Ottow (Dorpat).

13) **F. Schlagintweit. Technik der Diagnose, Operation und Harnleiterbehandlung bei Nierentuberkulose.** 143 S. München, Lehmann, 1912.

Eine sehr lesenswerte Darstellung der Nierentuberkulose hinsichtlich der Diagnostik und Therapie, auf Grund eigener Erfahrungen an einem Krankenmateriale von 108 Fällen, von denen 55—60 durch längere Zeit hindurch genau beobachtet werden konnten und 32 vom Verf. selbst operiert wurden.

Die Tuberkulose ist die häufigste chirurgische Erkrankung des Harnapparates. Irgendwelche begünstigende Momente für den Ausbruch der Krankheit konnten nicht mit Sicherheit festgestellt werden. Das Krankenmaterial setzte sich aus 70 Männern und 38 Frauen zusammen, von ersteren wurden 21, von letzteren 11 operiert. Über die Verteilung der Geschlechter bei der Erkrankung und über das häufigere Befallensein einer Körperseite lassen sich aus dem relativ kleinen, nicht ganz gleichwertigen Materiale keine Schlüsse ziehen.

Prädilektionsstellen für das Haften und Angehen der Tuberkulose sind die Nieren und Hoden wohl dank ihrer eigenartigen Vaskularisationsverhältnisse. Von diesen beiden Hauptherden aus ist dann die Ausbreitung des Prozesses über das Urogenitalsystem in jeder Kombination — kontinuierlich, diskontinuierlich, auf- und absteigend, auf dem Lymph- oder Blutwege, intra- oder extrakanalikulär, denkbar und möglich. Die anfängliche Einseitigkeit des tuberkulösen Prozesses glaubt Verf. durch die Möglichkeit einer schützenden Einwirkung der an der ersten renalen Infektionsstelle gebildeten Nierenimmunisierungsstoffe auf das Schwesterorgan hypothetisch erklären zu können und weist gleichzeitig darauf hin, daß vielleicht eine sehr frühe Nephrektomie die zurückbleibende Niere einer wertvollen Schutzkraft berauben könnte.

Als erster therapeutischer Grundsatz gilt die Entfernung einer jeden als tuberkulös erkannten Niere, außer bei gewissen Kontraindikationen. Die Dring-

Digitized by Google

lichkeit der Nephrektomie wird in erster Linie durch die Beteiligung der Blase am Krankheitsprozeß bestimmt. Je gesunder die Blase ist, um so schneller soll die Ausschaltung des Infektionsherdes in der Niere erfolgen, da das gravierendste Moment bei jeder Urogenitaltuberkulose — die schließlich oft jahrelang mehr oder weniger symptomlos bestehen kann — nicht in der Kachexie, sondern in dem qualvollen Zustande einer erkrankten Blase gegeben ist.

Tuberkulöse Genitalbeteiligung wurde bei den Frauen nicht beobachtet (unter 70 Männern jedoch 34mal).

Der Ureterenkatheterismus soll regelmäßig mit der Funktionsprüfung durch Indigokarmin kombiniert werden. Nur dem harmonischen Zusammenspiel sämtlicher Prüfungsergebnisse wird diagnostische Beweiskraft zugesprochen, wobei dem »Vorurin« (vor der Separation der Urine entleerter Blasenharn) ebenfalls in der Gesamtheit der Untersuchungsresultate oft weitgehende Bedeutung zukommt.

Der Ureterenkatheterismus mit Hilfe der Sectio alta in verzweifelten Fällen wird dringend widerraten. Statt dessen soll in diesen Fällen, wo die Untersuchung mit dem Cystoskop und dem Ureterenkatheter nicht durchführbar ist oder nicht zum Ziele führt, die diagnostische Freilegung einer oder beider Nieren vorgenommen werden, unter gleichzeitiger Funktionsprüfung, die durch Injektion von Indigokarmin, Abklemmen des Ureters an der freigelegten Niere und dadurch erfolgende Trennung der Urine, während der Operation ermöglicht wird. Es empfiehlt sich, die vermutlich kranke Niere zuerst freizulegen, die dann je nach dem Resultat der Funktionsprüfung gleich exstirpert werden kann. Diese kombinierte Methode bezeichnet der Verf. als die »operative Funktionsprüfung« und erachtet sie der diagnostischen Inzision der freigelegten Niere gegenüber als bei weitem vollkommener und genauer.

In den schwierigen Fällen, wo es bei der Nephrektomie nicht gelingt, den Nierenstiel gut zugänglich zu machen, soll eine Verweilklemme angelegt werden, deren Applikation durch eine Fadenführung erleichtert werden kann. Die Klemme bleibt 2—14 Tage liegen, je nach ihrem speziellen Zweck und der Toleranz der Kranken. Die Fettkapsel der Niere, auch wenn sie stark sklerotisch verändert ist, läßt S. absichtlich unter möglichster Schonung zurück, da er in derselben einen vom Körper dem Tuberkuloseherd entgegengestellten natürlichen Schutzwall sehen möchte.

Die operative und postoperative Behandlung des Ureters ist das noch am wenigsten geklärte Kapitel in der Behandlung der Nierentuberkulose. Auch mühevolle Zusammenstellung der Methoden und Erfolge anderer führt in dieser Frage zu keiner Klärung, da die Literaturangaben und Krankengeschichten meist lückenhaft und zu wenig einheitlich sind. Verf. behandelt daher diese Fragen sehr eingehend und fordert auch für die Zukunft von weiteren Mitteilungen das gleiche, indem er zum Schluß ein Schema einer detaillierten Kranken- und Operationsgeschichte bringt.

Die postoperativen Fistelbildungen sind zu sondern in: Wundfisteln — Fisteln der Wunde und ihrer Spalten —, in Hautfisteln, die oberflächliche Gänge unter der Haut darstellen, in Ureterwundfisteln, in denen eine Verbindung zwischen der äußeren Wunde und dem versenkten offenen oder geschlossenen Ureterstumpf gegeben ist, und endlich in Ureterfisteln, falls der Harnleiter im Hautniveau in die Schnittwunde eingenäht wurde.

Die Uretertechnik soll eine Sicherung des restierenden Wundbettes gegen tuberkulöse Verunreinigung beim Abtragen der Niere ermöglichen und einen Schutz der Blase, der anderen Niere und des ganzen Körpers gegen die Fort-

Digitized by Google

wirkung des Harnleiterstumpfes als tuberkulösen Herdes gewährleisten. Um diesen Forderungen nach Möglichkeit gerecht zu werden, hat S. zahlreiche Methoden und Techniken angewandt, ohne jedoch bisher überzeugende Normen für ein einheitliches operatives Verfahren aufstellen zu können.

Eine vollständige Exstirpation des Ureters kompliziert die Operation; es wird somit wohl meist nur eine partielle Resektion geübt werden können. Die Durchtrennung des ligierten Harnleiters erfolgt am sichersten mit dem Prostatainzisor von Bottini. Die weitere Behandlung des Ureterstumpfes, der offen oder geschlossen versenkt, durch Manschettenbildung überkleidet, durch permanenten Zug ausgeschaltet oder in die Haut eingenäht werden kann mit gleichzeitiger oder nachfolgender Verätzung durch Jod, Karbol u. a. wird eingehend beschrieben. Auch über die Nachbehandlung der Lumbalwunde und über die weiteren Fragen der Nachbehandlungsmethodik wird das Nötige mitgeteilt.

Neu dürfte die vom Verf. geübte postoperative, endourethrale, elektrolytische Behandlung des Harnleiters sein, die durch ein besonderes Instrumentarium in ihrer Kraftwirkung genau dosiert werden kann, und die Zerstörung der Infektionsherde im Ureterrest und seine völlige Obliteration anstrebt. Anatomische Kontrollpräparate über die Intensität der elektrolytischen Zerstörungen liegen noch nicht vor. B. Ottow (Dorpat).

14) **H. Fehling. Zur Behandlung der Blasenschwäche des Weibes.** (Med. Klinik 1913. Nr. 8.)

Die beim Weibe in allen Lebensaltern vorkommende Blasenschwäche ist deshalb besonders bedeutungsvoll, weil das Leiden meist aller Therapie gegenüber sich hartnäckig verhält. Die Ursache ist meist mechanischer Art, weshalb sie auch meist bei Senkungsprozessen mit Dehnung des Blasenhalses vorkommt. Ähnlich wirken Geburtsvorgänge. Therapeutisch kommen Ringe in Betracht; ferner Galvanisation und die Stoeckel'sche elektrische Vibrationsmassage. Medikamentenbehandlung hat keinen Wert. Operativ ist mehrfach vorgegangen worden, doch hat sich kein Verfahren bewährt. Am besten hat sich eine Art Blasenraffung erwiesen, bei der die Blase ganz auf die Rückfläche des Uterus aufgenäht wurde, ähnlich der Vaginofixatur des Uterus. Doch hat Stoeckel dies Verfahren nicht als vorteilhaft angesehen, da der Uterus sich in die Blase einbohre; man müsse deshalb die Blase vorher ausgiebig in die Höhe raffen. Hilft auch dies nicht, bleibt nichts übrig, als die Frau einen Harnrezipienten tragen zu lassen. Köhler (Kiel).

15) **R. Hottinger** (Zürich). **Über Cysten der Harnblase.** (Fol. urologica Bd. VII. Nr. 7. 1913.)

Mitteilung eines Falles einer kirschgroßen Cyste der vorderen Blasenwand, die Miktionsbeschwerden verursachte; Heilung durch Abtragung auf dem Wege der Sectio alta. Verf. hält den Tumor für eine Retentionscyste einer Blasendrüse, hervorgerufen durch entzündliche Veränderungen. Der Pat. hatte eine Gonorrhöe durchgemacht. Der pathologisch-anatomische Befund der Cyste spricht nicht mit voller Sicherheit für die Annahme. Ähnliche Fälle sind in der Literatur nur vier beschrieben. Linzenmeier (Berlin).

16) **A. Grandjean** (Paris). **Einwanderung eines Seidenfadens in die Blase.** (Fol. urologica Bd. VII. Nr. 5. 1913.)

Die Folgen der Perforation eines Seidenfadens in die Blase kamen erst $2^1/_2$ Jahre nach einer abdominalen Operation zum Ausbruch. Verf. zieht daraus den Schluß, daß bei tiefen Nähten und Unterbindungen Seide unbedingt vermieden werden

Digitized by Google

müsse. Catgut sei genau so sicher in der Blutstillung und werde allmählich resorbiert. Linzenmeier (Berlin).

17) **L. Buerger** (Neuyork). **Ulcus der Blase.** (Journ. of the amer. med. assoc. 1913. Februar 8.)

Fall 1. Nach Cystitis wochenlang anhaltende Blasenblutung, die cystoskopisch auf ein Ulcus zurückzuführen ist, das nach Kauterisierung mit Hochfrequenzstrom prompt ausheilt. In der Umgebung des Ulcus auf Tuberkulose verdächtige Knötchen.

Fall 2. Ein vielleicht auf Läsion bei Cystoskopie entstandenes Ulcus, das zu 2 Jahre dauernder Hämaturie geführt hatte, heilt nach wiederholter Fulgurierung und (bei negativem Wassermann) Hg-Injektionskur aus.

Für kallöse Blasenulcera wird Exzision auf endovesikalem Wege empfohlen. Schottelius (Hamburg).

18) **Brocks.** **Ein Beitrag zur Frage der postoperativen Cystitis.** Inaug.-Diss., Erlangen, 1912.

Kritische Sichtung des operativen Materials der Univ.-Frauenklinik im Hinblick auf die postoperative Cystitis, wobei Verf. zu dem Ergebnis kommt, soweit nicht schon im entzündeten Gebiet operiert wurde, den Katheterismus für das Hineingelangen von Keimen in die Blase verantwortlich machen zu müssen. Während die normale Blase meist mit den Infektionserregern fertig wird, bietet die durch die Operation geschädigte Blasenwand (Quetschung, Schädigung der Gefäß- und Nervenversorgung) das günstigste Feld zur Entwicklung der Cystitis. Es ergibt sich die Forderung, nach Möglichkeit den Katheterismus zu vermeiden (Erziehung zum spontanen Wasserlassen, Borglyzerin). Peinlichste Sauberkeit, wenn Katheterismus notwendig, Schonung der Blase bei der Operation. Behandlung auch leichtester Blasenkatarrhe vor der Operation, endlich baldiges Aufstehen.

19) **M. Krostoszyner** und **G. W. Hartmann** (San Francisco). **Praktischer Wert der Blutkryoskospie für die Beurteilung der Nierenfunktion.** (Journ. of the amer. med. assoc. 1913. Januar 18.)

Die Bestimmung der Gefrierpunktserniedrigung des Blutes wurde an 69 Pat. 132mal ausgeführt und erwies sich als zuverlässige Prüfung der Nierenfunktion. Normale Werte von — 0,56 sprechen für mindestens ein funktionstüchtiges Organ, Erniedrigungen bis — 0,52 wurden bei Anämie und Kachexie, aber sonst gesunden Nieren gefunden, Werte von — 0,6 und mehr sind als Zeichen einer schweren Nierenschädigung, die einen radikalen Eingriff verbietet, zu deuten. Schottelius (Hamburg).

20) **B. A. Thomas** (Piladelphia). **Die Ergebnisse von 200 Chromoureterocystoskopien nach Indigkarmininjektion.** (Journ. med. assoc. 1913. Januar 18.)

Dringende Empfehlung der in der Überschrift angegebenen Prüfung der Nierenfunktion, die Verf. anderen Methoden (Ureterenkatheterismus) für praktisch überlegen hält. Allgemeinnarkose und Morphium trüben die Resultate. Dunkelblauer Strahl nach 3—20 Minuten p. inj. und hellblauer nach mindestens 15 Minuten spricht für genügende Nierenfunktion. Die Chromoureterocystoskopie versagt bei: Wanderniere, Pyelitis, essentieller Hämaturie, beginnender Tuberkulose und kleinen Nierentumoren und ist dann durch Ureterenkatheterismus, Urinanalyse und Skiagramm zu ergänzen. Schottelius (Hamburg).

21) **L. Casper** (Berlin). **Zur Harnblasenausschaltung wegen Tuberkulose.** (Berliner klin. Wochenschrift 1913. Nr. 11.)

Bei einem vor Jahren nephrektomierten Kranken traten schwere Blasen-

Digitized by Google

tenesmen infolge Cystitis tuberculosa auf. Der vorhandene Ureter wurde lumbalwärts in die Haut eingepflanzt, die Blase dadurch außer Funktion gesetzt. Harnzwang und Schmerzen schwanden prompt, das Allgemeinbefinden besserte sich zusehends. Die Blasenausschaltung durch Anlegung einer Ureterfistel ist der Anlegung einer Blasenfistel weit überlegen. Vor letzterer ist vielmehr bei tuberkulösen Blasen dringend zu warenen. Die Gefahr einer durch den fistelnden Ureter aufsteigenden Niereninfektion besteht nicht. $1^1/_2$ Jahre nach der Operation sonderte die Niere des beschriebenen Falles noch klaren Urin ab.

H. Fuchs (Danzig).

22) **Theodor Cohn und Hans Reiter** (Königsberg). **Klinische und serologische Untersuchungen bei Harneiterungen durch Bakterium coli.** (Berliner klin. Wochenschrift 1913. Nr. 11.)

Nur in einem unter 17 Fällen deuteten Anamnese bzw. subjektive Beschwerden auf Nierenerkrankung hin; es bestanden vielmehr zumeist ausschließlich Blasensymptome. Die genaue urologische Untersuchung deckte erst ihre sekundäre Entstehung auf und führte zur Erkenntnis der primären Nephropyose. Fast alle 17 Kranken verloren ihre subjektiven Beschwerden. Dagegen gelang es nur bei 10 von ihnen, den Harn eiter- und bakterienfrei zu bekommen. Die serologische Untersuchung ergab die auffallende Tatsache, daß das Patientenserum häufig einen anderen Colistamm als den krankmachenden im höheren Maße agglutinierte. Bei opsonischer Prüfung fiel auf, daß die Pat., die einen relativ niedrigen opsonischen Index gegenüber dem homologen Stamm aufwiesen, meistens eine quoad vitam schlechte Prognose hatten. In fast allen Fällen gelang der Nachweis von komplementbindenden Antikörpern im Serum.

H. Fuchs (Danzig).

23) **J. M. van Dam** (Alkmar). **Die Radikalbehandlung angeborener Blasendivertikel.** (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXXXIII. Hft. 2.)

Verf. hat bei einem Manne das Divertikel bei einer Sectio alta durch von der Blase aus höher kletternde Muzeux allmählich in die Blase invertiert, dabei wurde eine adhärente Darmschlinge mitgefaßt; trotzdem gelang es, das Divertikel abzuschneiden und die Wundränder exakt zu vernähen. Es erfolgte glatte Heilung. Veröffentlicht sind 15 weitere, radikal operierte Fälle mit 1 unglücklichen Ausgang. An Stelle der unvollkommenen Drainage vom Damm, von der Scheide oder vom Bauche aus empfiehlt Verf. die Radikaloperation und bespricht ihre Technik ausführlich.

Calmann (Hamburg).

2) **Emil Pfeiffer** (Wiesbaden). **Quantitative Eiweißbestimmungen im Urin für den praktischen Arzt.** (Berl. klin. Wochenschrift 1913. Nr. 15.)

Die Essbach'sche Methode zur quantitativen Eiweißbestimmung im Urin ist wegen ihrer Unsicherheit und der auch bei sorgfältigster Beobachtung aller Vorsichtsmaßregeln in hohem Maße unrichtigen Angaben vollständig zu verwerfen. Sie hat auch keinen approximativen Wert. Brauchbare Methoden sind die von Claudius angegebene und die von Tsuchiya, die sich der Färbung mit Phosphorwolframsäure bedient. P. hat sie modifiziert, indem er statt der konisch zugespitzten Röhren solche mit gerader Wand verwendet und an Stelle der empirischen Graduierung nach Essbach eine solche nach Kubikzentimetern anwendet. Die nach 48 Stunden abgelesene Niederschlagshöhe muß dann nach einer empirisch gefundenen Formel auf Eiweiß umgerechnet werden. Die Resultate dieser Methode können, wie zahlreiche Kontrollen zeigten, denen der Gewichtsanalyse gleichgestellt werden.

H. Fuchs (Danzig).

Digitized by Google

25) **Bauereisen** (Kiel). **Über die postoperative Infektion der weiblichen Harnorgane.** (Med. Klinik 1913. Nr. 22.)

Die Gynäkologen haben häufig mit postoperativen Blasenstörungen zu rechnen. Namentlich nach der größten ihrer Operationen, der Freund-Wertheim'schen. Das kommt von der Durchschneidung bzw. Ligierung so zahlreicher Nerven und Gefäße. Die entstehende Cystitis ist nicht traumatischen, sondern bakteriellen Ursprungs. — Seit 10 Jahren kennen wir diese Schädigungen genauer. Es bleiben leicht nach Operationen mechanische Veränderungen, Ödeme, Sugillationen und paretische Zustände zurück, die eine gute Prognose geben und erst durch die Anwesenheit von Spaltpilzen zu einer schlechteren Prognose veranlassen. Die intakte Schleimhaut der Blase nimmt Spaltpilze nicht an, erst das Trauma schafft für die Seßhaftmachung der Keime den erforderlichen Boden. So ergibt sich als Maßstab für die Intensität der Infektion die Größe des mechanischen Insults und die Virulenz der Keime. Alle pyogenen Keime kommen in Betracht. Auch die Colibakterien können bei entsprechender Virulenz in die Gewebe wandern, doch ist eine primäre Colicystitis selten. Der nach den großen Operationen unvermeidliche Fluor siedelt eine Unmenge von Keimen an der Urethralmündung an. — Die Symptome sind dieselben wie bei der akuten Cystitis sonst. Hämorrhagien konnte B. nur in wenigen Fällen als die reine Folge der Operation nachweisen, obwohl er 100 Fälle postoperativ täglich auf ihren Urin untersuchte. Als Quellen und Wege der Infektion nennt er zunächst die Urethra und den Katheterismus, dann die im parametranen Gewebe bei der Operation deponierten und durch die Wandläsionen einwandernden Keime. Die Darmbakterien spielen keine Rolle. Der Einwanderung durch die Blasenwand steht der nach außen gerichtete Lymphstrom hindernd im Wege; nur bei stärkster Außeninfektion ist eine Infektion auf diesem Wege anzunehmen. Bei Perforationen der Blase ist dieser Weg ja von vornherein gegeben. Bei der Ureterinfektion, bei der auch eine Durchwanderung von außen nicht beobachtet wird, liegt die Ursache in der durch die weite Ablösung des Ureters gesetzten Schädigung. Die Nieren-infektion geschieht entweder aszendierend oder hämatogen; ein dritter Weg führt retroperitoneal längs des Ureters aszendierend. — Für die Gesamtoperationsprognose bildet die Beteiligung der Harnorgane einen wesentlichen Bestandteil; es ist also bei der Operation schon vorzubeugen durch Übernähung gesetzter Verletzungen und durch die Einlegung des Stoeckel'schen Dauerkatheters. Die Diagnose der Cystitis macht keine Schwierigkeiten bei richtiger, einfacher Urinkontrolle; die Therapie ist die übliche (reizlose Diät, Spülungen, Medikamente und besonders das Collargol), doch ist auch die leichteste Form nachdrücklich zu behandeln, um nachfolgende Nephritis zu vermeiden.

H. Köhler (Kiel).

Tuberkulose.

26) **P. Esch** (Marburg). **Experimentelle Untersuchungen über den beschleunigten Nachweis von Tuberkelbazillen durch den Meerschweinchenversuch.** (Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin und Chirurgie Bd. XXV. Hft. 4. 1912.)

Der Verf. hat sich der dankenswerten Mühe unterzogen, die verschiedenen Methoden des Tuberkelbazillennachweises durch den Meerschweinchenversuch durch sorgfältige vergleichende Untersuchungen zu prüfen. Die Arbeit gelangt zu dem Resultat, daß alle bisherigen Verfahren; die intraperitoneale, subkutane

Digitized by Google

(nach Bloch) und die intrahepatische (nach Oppenheimer) Injektion keine frühzeitige, sichere Diagnose erlauben. Der Verf. stellte daher Versuche mit intrakardialer Injektion an, für die nur geeignetes Material (Harn, Exsudate, Liquor cerebrospinalis) in Frage kommt, und die im Vergleich zu den übrigen Methoden am meisten befriedigte. Aber auch dieser Weg ist für eine frühzeitige Diagnose nicht sicher genug. Die beste Methode, das Ziel des beschleunigten Nachweises der Tuberkelbazillen zu erreichen, hat der Verf. in der Anwendung der Römerschen intrakutanen Injektion von Tuberkulin gefunden, während die subkutane Injektion von Tuberkulin sich als unzuverlässig erwies. Die intrakutane Tuberkulininjektion ergibt stets positive Reaktion, wenn das Tier tuberkulös erkrankt ist, und zwar tritt die Reaktion schon in einer Zeit auf, in der noch keine klinischen Symptome eine vorhandene Tuberkulose erkennen lassen. Ebenso wertvoll ist es, daß dadurch auch festgestellt werden kann, ob das Tier bereits an spontaner Tuberkulose erkrankt ist. Bauereisen (Kiel).

27) **Josef Pothmann. Über die Tuberkulose des Bauchfells.** Inaug.-Diss., Gießen, 1912.

An der Hand der Literatur werden Pathogenese und Klinik der Bauchfelltuberkulose geschildert und dann auf Grund von 40 Fällen der Gießener Frauenklinik die gemachten Erfahrungen bezüglich der Therapie mitgeteilt. Es wurde bei der Indikationsstellung stets auf den Allgemeinzustand und eventuelle Mitbeteiligung anderer Organe am tuberkulösen Prozeß Rücksicht genommen. Die operative Behandlung zeitigte bei der exsudativen Form der Bauchfelltuberkulose bessere Resultate als bei der knotigen Form, vielfach wurde überhaupt dem operativen Verfahren eine konservative Therapie vorausgeschickt. Bei der Operation pflegten ausgedehntere Verwachsungen von Darm und Adnexen nicht gelöst zu werden, nur bei leicht möglicher Trennung der Adhäsionen wurden die Genitalorgane exstirpiert. Bezüglich der im allgemeinen befriedigenden Heilungsergebnisse der Laparotomiewunden wird am Schluß noch über einen Fall berichtet, bei dem nach $1^1/_4$ Jahren der ganze Längsschnitt aufplatzte. Bei der Relaparotomie zeigte sich das Bauchfell ausgeheilt, dagegen war die Fascie tuberkulös entartet. Stephan (Gießen).

28) **V. A. Funk** (Vincennes). **Tuberkulose der Tubae Fallopii.** (Therapeutic gaz. 1913. Nr. 1.)

Verf. hält die Tuberkulose der Tuben häufig für primär. Eine andersartige vorhergehende, vielleicht ganz leichte Infektion soll entweder einen Locus minoris resistentiae an den Tuben schaffen, an dem die Tuberkelbazillen sich ansiedeln, oder umgekehrt das Aufflackern eines bis dahin latenten tuberkulösen Prozesses der Tuben veranlassen. Für die Diagnose wird aber dem Nachweis eines anderen tuberkulösen Herdes sowie vor allem dem Verhalten der Temperatur großer Wert beigelegt. Die Temperaturkurve verhält sich ebenso wie auch bei irgendwo anders im Körper lokalisierter Tuberkulose. — Die Prognose hängt von der möglichst frühzeitigen Diagnose ab. Die Therapie soll immer eine operative sein (Exstirpation der erkrankten Tuben), die auch dann noch Erfolg verheißt, wenn schon ein Übergreifen des Prozesses auf das Darmperitoneum stattgefunden hat. Verf. bezieht sich zum Beweis auf 26 Fälle Mayo's mit 25 Heilungen und 3 eigene, durch die Operation glatt geheilte Fälle. Jaschke (Gießen).

29) **Wilhelm Schaefer. Beitrag zur Klinik der Tubentuberkulose.** Inaug.-Diss., Gießen, 1912.

13 Fälle von Tubentuberkulose, die sämtlich mit gutem Resultat operativ behandelt wurden, geben dem Verf. Veranlassung, der operativen Therapie das

Digitized by Google

Wort zu reden. Als Vorteile dieses Verfahrens werden nicht nur die viel sichereren Erfolge, sondern auch die erheblich kürzere Behandlungsdauer hervorgehoben, was vom sozialen Standpunkt von Wichtigkeit ist. Für die Diagnose ist die Tuberkulinprobe nicht als ausschlaggebend zu betrachten: von 10 gespritzten Fällen sicherer Tubentuberkulose reagierten 7 positiv, 2 negativ, in einem Falle blieb die Reaktion zweifelhaft. Stephan (Gießen).

30) **Paul Petit-Dutaillis. Interstitielle Tuberkulose der Portio.** (Gynécologie 1913. Februar. 17. Jahrg. Nr. 2.)

Verf. berichtet über drei Fälle von Tuberkulose der Portio. Nach seiner Ansicht ist die Tuberkulose der Portio nicht so selten als allgemein angenommen wird. Sie kann ohne Tuberkulose des Uterus oder der Adnexe bestehen. Die Diagnose stützt sich auf folgende Punkte: 1) Zusammentreffen mit extragenitaler Tuberkulose. 2) Virginelle Portio mit Ektropion. 3) Turgeszenz und Lividität der Cervix, weiche Konsistenz, schwammig, leicht hervorzurufende Blutung. 4) Warziges Aussehen der Oberfläche, mehr oder weniger ulzeriert. 5) Fehlen eines harten Randes. 6) Langsame Entwicklung. 7) Ausbleiben der Heilung nach Behandlung mit lokalen Mitteln oder Kauterisation. Gesichert wird die Diagnose durch histologische Untersuchung eines exzidierten Stückes. Was die Behandlung anbelangt, so kommt bei Kombination mit Uterus und Adnextuberkulose nur die Totalexstirpation in Frage. Bei isolierter Tuberkulose ist zur Verhütung eines Rezidivs die hohe Amputation die beste Methode.

Hohl (Bremerhaven).

31) **Ludwig Lurz. Beiträge zur Komplikation von Tuberkulose und Schwangerschaft.** Inaug.-Diss., Würzburg, 1913.

L. konnte in seiner Arbeit, der das Material von 47, in der Zeit von 1905—1910 beobachteten Fällen zugrunde liegt, eine erhebliche Ausbreitung der Tuberkulose der Lungen in der zweiten Schwangerschaftshälfte feststellen. Während bei latenter Tuberkulose kein Todesfall zu verzeichnen war, betrug die Mortalität bei manifester Tuberkulose 17%, wobei auf das Wochenbett allein 33,3% fallen. Diejenigen Frauen, deren Schwangerschaft künstlich unterbrochen wurde, befinden sich alle noch am Leben, und ein günstiger Einfluß auf das Allgemeinbefinden und den Verlauf der Tuberkulose ist bei ihnen unverkennbar.

Von den Kindern leben heute noch 68,2%. Von den verstorbenen Kindern wurden 82,7% von Müttern mit offener und 17,3% von solchen mit latenter Tuberkulose geboren, die Prognose ist im letzteren Falle also für die Kinder günstiger zu stellen. Gfrörer (Würzburg).

32) **P. Büll. Potentia generandi trotz einer doppelseitigen tuberkulösen Epididymitis.** (Tidsskrift for den norske laegoferening 1912. p. 586.)

29jähriger Mann. Seit dem 12. Jahre auffallend große Testes. 6—8 Jahre alt Pleuritis und abszedierende Halsdrüsen. — Heiratet 1904, 9 Monate später das erste Kind. — 1906 Castratio dextra wegen Tuberculosis epididymis. Der linke Testis zeigte klinisch Tuberkulose, wurde aber in Ruhe gelassen. — 1907. Blasenbeschwerden, Tuberkelbazillen im Harn. — 1907 und 1908 zwei Kinder. — 1910 und 1912 fortwährend palpatorische Befunde einer tuberkulösen Epididymitis, außerdem Prostata links geschwollen mit Knoten. Im Sperma Spermatozoen, Tuberkelbazillen konnten nicht mikroskopisch gefunden werden; eine Inokulation auf ein Meerschweinchen fiel positiv aus. Aller Wahrscheinlichkeit nach war der Mann selbst der Vater seiner Kinder. —(Die Frau zeigte keine krankhaften Veränderungen in den Genitalien. Sie und das erste Kind zeigten Pirquet positiv, die zwei anderen Pirquet negativ.) Kr. Brandt (Christiania).

Digitized by Google

33) **A. Spire** und **André Boeckel** (Nancy). **Geburtshilfliche Beweise gegenüber der Nephrektomie bei einseitiger Nierentuberkulose.** (Ann. de gyn. et d'obst. 40. Jahrg. II. Serie. Hft. 10.)

Es ist eine jetzt feststehende Tatsache, daß Frauen, denen eine kranke Niere entfernt wurde, sehr wohl imstande sind, spätere Schwangerschaften ohne Nachteil zu ertragen. Deshalb ist auch die Eventualität einer späteren Schwangerschaft keine Kontraindikation gegen eine Nephrektomie wegen Nierentuberkulose. Auch bei einer in der Schwangerschaft festgestellten Nierentuberkulose ist eine Nephrektomie möglich. Eine Schwangerschaft übt auf eine bestehende Nierentuberkulose einen ungünstigen Einfluß aus, im Anfang durch die Blasenkongestion, später durch Ureterenkompression und die nachfolgende Urinretention. Umgekehrt kann auch die Nierentuberkulose auf die Schwangerschaft einen ungünstigen Einfluß ausüben, indem die Blasenbeschwerden, der Spasmus und die schmerzhaften Kontraktionen sich auf den Uterusmuskel fortsetzen und so zu Abort und Frühgeburt führen; ferner besteht die Gefahr der Entstehung einer Schwangerschaftsnephritis mit ihren Folgen. Nach der Entbindung kann eine Pyurie zur puerperalen Infektion führen. Das Stillgeschäft endlich kann bei einer Frau, deren tuberkulöse Niere entfernt ist, unbedenklich ausgeführt werden. Alle diese Tatsachen sprechen für die Notwendigkeit der Nephrektomie bei einseitiger Nierentnberkulose.

Hohl (Bremerhaven).

Radiologie.

34) **Aschoff, Krönig** und **Gauss.** **Zur Frage der Beeinflußbarkeit tiefliegender Krebse durch strahlende Energie.** (Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 7 u. 8.)

Als Untersuchungsmaterial dienten zunächst drei Fälle, die schließlich zur Obduktion kamen. Beim zweiten Falle, einem inoperablen Cervixkarzinom, wurde die Wirkung der Bestrahlung in der Weise verfolgt, daß in größeren und kleineren Zwischenräumen Probeexzisonen vorgenommen wurden. Im ganzen 17, die letzte 9 Tage vor dem Tode der Kranken. Ähnlich verfuhr man bei einem inoperablen Mammakarzinom, bei welchem 12 Probeexzisionen ausgeführt wurden.

Außerdem kamen noch 5 Fälle von Karzinom zu einer fortlaufenden, histologischen Untersuchung, deren Trägerinnen zur Zeit der Abfassung der Arbeit sich noch in klinischer Behandlung befanden. Es sind drei Genitalkarzinome und zwei Mammakarzinome. Auch hier wurden Untersuchungen an durch Probeexzision gewonnenem Material ausgeführt. Zur Veranschaulichung der Befunde ist der Arbeit eine Tafel mit histologischen Bildern beigegeben. Diese zeigen, daß eine spezifische Beeinflussung des Krebsgewebes in der Tiefe durch die Bestrahlung stattfindet, und zwar im Sinne einer Rückbildung. Unleugbar ist die hemmende Wirkung auf die Vorbereitungen und den Ablauf der Karyokinese. Daraus resultiert das Auftreten der Riesenkernbildung. Daneben ist eine Umbildung der Krebszellen in dem Sinne zu konstatieren, daß weiche, nicht verhornende Portiokarzinome in typische, verhornende Plattenepithelkrebse, Adenokarzinome in Schleimkrebs und Mammakrebse in Plattenepithelkrebs umgewandelt werden. Diese spezifische Wirkung der Röntgenstrahlen — die histologischen Bilder lassen darüber keinen Zweifel — ist jedoch nur eine lokale, auf das Bestrahlungsgebiet beschränkte. Fernwirkung scheint nicht sattzufinden.

Die Obduktionsbefunde beweisen, daß der Organismus die bisher geübte intensive Bestrahlung ohne nachweisbare Schädigung lebenswichtiger Organe

Digitized by Google

erträgt. Es fand sich zwar in dem Falle von Brustkrebs auf der Seite, wo die Bestrahlung sehr intensiv war, nicht nur eine Nekrose der Interkostalmuskulatur und der oberflächlichen Lungenschicht, sondern auch eine umschriebene Atrophie des Lebergewebes im Strahlungsbezirk. Auch fanden sich bei dem Falle von Scheidenkrebs kleine nekrotische Herde in der Leber.

Klinisch wurde in den meisten der Fälle eine schon relativ früh nachweisbare Verkleinerung des Tumors als Folge der Bestrahlung festgestellt.

Frickhinger (München).

35) **Ludwig Seeligmann** (Hamburg). **Über ein erfolgreiches Heilverfahren bei einem Sarkom (Rezidiv) des Eierstocks, das die Wirbelsäule ergriffen hatte.** (Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 12.)

Es war ein 10pfündiger, intraligamentär entwickelter, solider Ovarialtumor entfernt worden, der sich als Spindelzellensarkom erwies. Nach einem Jahre kam die Kranke in elendem Zustande mit einem harten Rezidivtumor im Abdomen. Der Tumor füllte das kleine Becken gänzlich aus und reichte nach oben bis in die Zwerchfellkuppe, überragte Leber und Magen und nahm fast die ganze Bauchhöhle ein. In der Höhe des XII. Brust- und I. Lendenwirbels hatte sich ein kleiner, schmerzhafter Gibbus entwickelt. Bei der Laparotomie wurde der Tumor als inoperabel erkannt, die Bauchhöhle wurde wieder geschlossen. Es wurde nun eine Injektionskur mit Arsazetin eingeleitet (intravenös), verbunden mit einer Röntgenbestrahlung des Tumors. Der Erfolg dieser kombinierten Behandlung war geradezu frappierend. Der Tumor wurde immer kleiner, die Pat. nahm an Körpergewicht zu, das Allgemeinbefinden besserte sich so, daß sie nach Verlauf von 5 Wochen außer Bett sein konnte. Auch die Schmerzen in der Wirbelsäule, herrührend von dem dort sitzenden, metastatischen Prozeß, waren verschwunden. Nach 8 Wochen war von dem großen Tumor nichts mehr zu fühlen, der Gang aufrecht und die Wirbelsäule nicht mehr empfindlich.

Frickhinger (München).

36) **J. R. Miller** (Freiburg). **Die Beziehung zwischen Sarkom und Myom des Uterus und ihr Verhältnis zur X-Strahlenbehandlung der Uterusmyome.** (Surgery, gynecol. and obstetr. Vol. XVI. Nr. 3.)

Sarkome kommen nur in ungefähr 2% aller myomatösen Uteri vor. Nach der Berechnung des Verf.s aus der Freiburger Frauenklinik wurden bei prinzipieller Strahlenbehandlung nur in 0,8% der Myomfälle irrtümlicherweise Sarkome bestrahlt. Da die primäre Mortalität bei operativer Myombehandlung noch ungefähr 4—5% beträgt, und andererseits die Radikaloperation der Sarkome höchstens 25% Dauerheilungen verspricht, kommt die geringe Zahl von 0,8% irrtümlicher Bestrahlungen von malignen Tumoren gegenüber den großen Vorteilen der ungefährlicheren Röntgenbehandlung der Myome gar nicht in Betracht. Zudem ist anzunehmen, daß nach Bekanntwerden der Möglichkeit nichtoperativer Behandlung von Geschwülsten mehr Pat. den Arzt frühzeitig aufsuchen, so daß eine größere Zahl von Sarkomen frühzeitig erkannt und operativ geheilt werden kann. Die prinzipielle Myomoperation hat keine Berechtigung mehr, das Gespenst der Sarkomfurcht sollte begraben werden.

Robert Stern (Offenbach).

37) **D. Chilaiditis und G. Stavridès. Die Behandlung des Uterusfibromyoms mit X-Strahlen.** (Ann. de gyn. et d'obst. 40. Jahrg. II. Serie. Hft. 10.)

Die Verff. wandten in zwei Fällen von Myoma uteri die Radiographie nach

Digitized by Google

einer von Chilaiditis angegebenen Modifikation mit gutem Erfolge an. Die Modifikation besteht darin, daß die Haut während der Bestrahlung der Ovarien verschoben wird, so daß das Ovarium zwar die gesamte Strahlendosis erhält, jede Hautstelle aber nur einen Bruchteil. Hohl (Bremerhaven).

38) **Béla Alexander** (Budapest). **Die Untersuchung der Wanderniere mittels X-Strahlen.** (Fol. urologica Bd. VII. Nr. 5. 1913.)

Bei der Röntgenuntersuchung der Nieren ist es notwendig, stets beide Nieren auf eine Platte aufzunehmen, weil nur die beiderseitige Untersuchung vollständige Aufklärung über die Verhältnisse der Nieren zueinander bringen kann. Das zeigt sich besonders bei der Wanderniere, wobei nur das Betrachten und Vergleichen beider Nieren auch weiteren Aufschluß über ihren Zustand geben kann (Stauungsniere, Hydronephrose, Veränderung im Gewebe). Die Beweglichkeit und die veränderte Lage der Wanderniere können durch wiederholte Untersuchungen sehr anschaulich vor unser Auge geführt werden. Linzenmeier (Berlin).

39) **M. Cohn** (Berlin-Moabit). **Der Wurmfortsatz im Röntgenbilde.** (Deutsche med. Wochenschrift 1913. Nr. 13. p. 606.)

Die Röntgenuntersuchung der Appendix, die zuerst von dem russischen Arzt Grigorieff aus Charkow mit Erfolg ausgeführt wurde, ist ein wichtiges Hilfsmittel für die Untersuchung des Organes. Auf Grund eigener Untersuchungen kommt Verf. zu folgenden Schlußsätzen:

1) Der Wurmfortsatz ist in der Mehrzahl der Fälle mit Röntgenstrahlen zu untersuchen. Diese Untersuchung ist eine methodische. Sie schließt sich der radiologischen Untersuchung des Dünn- und Dickdarmes an, nimmt aber eine besondere Stellung in ihr ein.

2) Durch die Röntgenuntersuchung des Wurmfortsatzes werden wir aufgeklärt über die Lage und die Beweglichkeit des Organs, sowie über seine spezielle physiologische Funktion. Der Wurmfortsatz füllt sich nicht gleichzeitig mit dem Eindringen der Speise vom Dünndarm in den Dickdarm. Wir können daher annehmen, daß die rückläufige Bewegung des Kolons einen wichtigen Faktor für die Füllung der Appendix abgibt.

3) Die Entleerung des Organes kann gehemmt sein. Es kommt so zu Stauungen, die sich dadurch dokumentieren, daß der Wurmfortsatz noch mit schattengebender Speise gefüllt ist, während der Dickdarm schon lange entleert ist.

4) Es ist sicher beobachtet, daß während der Füllung des Kolons sich der Wurmfortsatz mehrere Male füllen und wieder entleeren kann.

5) Der Wurmfortsatz nimmt bei der Füllung und Entleerung infolge großer Beweglichkeit Formen an, die bisher bei Operationen fälschlich als Ursache von chronischen Beschwerden angesehen wurden. Behne (Kiel).

Originalmitteilungen und Referate für das Zentralblatt wolle man an *Prof. Dr. W. Stoeckel* in Kiel, Monographien, Sonderdrucke und Bücher-sendungen an *Prof. Dr. W. Stoeckel* oder an die Verlagshandlung von *Johann Ambrosius Barth*, Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. W. Stoeckel in Kiel.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Digitized by Google

Zentralblatt für Gynäkologie

begründet von HEINRICH FRITSCH

herausgegeben von

WALTER STOECKEL in Kiel.

37. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 29. Sonnabend, den 19. Juli 1913.

Inhalt.

Originalien: I. F. v. Neugebauer, Kasuistischer Beitrag zur Frage der ungewöhnlichen Fruchtbarkeit des Weibes. — II. H. Peters, Nochmals zu: »Schottländer, Über die Bestimmung der Schwangerschaft auf Grund histologischer Placentarbefunde und über etwaige praktische Verwertbarkeit dieser Befunde«.

Berichte: 1) Geburtshilfliche Gesellschaft zu Hamburg. Prochownick, Leiomyom; Pyosalpingen. — Rüder, Sectio caesarea bei Sarkomkachexie. — Matthaei, Dürfen Syphilitiker heiraten? — Rüder, Phokomelos. — Rüder, Chondrodystrophie. — Beck, Septikopyämie. — Brütt, Nabelverband. — Krieg, Menstruation und Gravidität in Beziehung zu Leibesübungen.

Zeitschriften: 2) Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XXXVII. Hft. 6. Boerma, Eieinbettung. — Engelking, Intraligamentär entwickelte Eierstocksschwangerschaft. — Liebeck, Fruchtabtreibung. — Vogt, Hernia duodeno-jejunalis beim Säugling.

Allgemeines über Karzinom und Uteruskarzinom: 3) Walker und Wittingham, Gefäßkontraktionen und Krebs. — 4) Packard, Krebsentstehung. — 5) Faure, 6) Neel, 7) Clark, 8) Gellhorn, 9) Cullen, 10) Abbe, 11) Weibel, 12) Violet, 13) Werder, 14) Dickinson, Krebsbehandlung.

Harnorgane: 15) Schüpbach, Hämaturie. — 16) Penkert, Nierenenthülsung. — 17) Hunner, 18) Baetzner, Pyelitis. — 19) Hagedorn, Cystenniere und Ureterverschluß. — 20) Frank und Baldauf, Ureterunterbindung. — 21) Buerger, Kallöses Blasengeschwür. — 22) Heller, Pseudotrichiasis und Pilimiktion. — 23) Zörkendorfer, Marienbad als urologische Heilstätte.

Peritoneum und Netz: 24) Momburg, Intraperitoneale Ölanwendung. — 25) Adams, 26) Morris, Peritoneale Verwachsungen. — 27) Lovrich, Was verträgt das Peritoneum? — 28) Hüssy, Peritonitis nach Laminariadilatation. — 29) Neumann, Verwendung der Netzmanschette.

Allgemeine Geburtshilfe: 30) Abderhalden, 31) Freund und Brahm, 32) Schlimpert und Henry, 33) Pisani und Savarè, Schwangerschaftsdiagnose. — 34) Pohlmann, Ursachen der Geburt. — 35) Prinzing, Geburtenrückgang. — 36) Ekstein, Moderne Geburtshilfe. — 37) Pierra, Verzögerte Geburt.

Innere Sekretion: 38) u. 39) Blairbell, Genitalfunktion der Drüsen. — 40) Sehrt, Hämorrhagische Metropathien. — 41) Seitz, Galvanische Erregbarkeit in der Schwangerschaft. — 42) v. Beck, Struma und Schwangerschaft. — 43) Werelius, Parathyreoidea. — 44) Harttung, Nebennierentumor. — 45) Goldstein, Akromegalie nach Kastration.

I.

Kasuistischer Beitrag zur Frage der ungewöhnlichen Fruchtbarkeit des Weibes.

Von

Fr. v. Neugebauer in Warschau.

Die ungewöhnliche Fruchtbarkeit der Frau findet ihren Ausdruck in zwei Formen: entweder in dem wiederholten Eintreten von Zwillings-, Drillingsschwangerschaften, also Mehrlingsschwangerschaften, oder aber in der großen Zahl der aufeinander folgenden Schwangerschaften.

Das Non plus ultra von Fertilität hatte Boer 1808 veröffentlicht, welche Beobachtung, wie Ahlfeld in seinem Lehrbuche der Geburtshilfe (Leipzig 1898,

Digitized by Google

p. 356) angibt, Valenta später wieder ausgegraben hatte. Eine Frau in Wien soll mit 11 Geburten 32 Kinder geboren haben, ihr Leib soll bei der 12. Schwangerschaft, wie der beobachtende Arzt angab, schon im 3. Monate der Schwangerschaft einen Umfang gehabt haben wie am Schwangerschaftsende. Ahlfeld meint, die Publikation sei mit etwas Übertreibung abgefaßt worden, »um die Mildtätigkeit der Bewohner Wiens für die arme Frau anzuregen«. Wenn man, sagt Ahlfeld, noch hinzurechnet, daß der Mann ein Zwilling, die Frau selbst ein Vierling gewesen sei, und daß ihre Mutter 38 Kinder gehabt haben soll, so treten die Eigenschaften einer Fabel noch deutlicher hervor.

Doederlein erwähnt in seinem Aufsatze: Zwillings- und Drillingsschwangerschaft (Bibliothek der gesamten medizinischen Wissenschaften, herausgegeben von Prof. Drasche, Abteilung: Geburtshilfe und Gynäkologie. Wien 1895, p. 925) nach einem Aufsatz aus dem Brit. med. journ. 1890, I. p. 541 eine Beobachtung, betreffend eine Familie von ungewöhnlicher Fertilität, unter Beifügung einer statistischen Tabelle für mehrere Generationen: Die Urgroßmutter hatte dreimal Drillinge geboren, die Großmutter zweimal Zwillinge und einmal Drillinge, die Mutter zweimal Zwillinge (zusammen 12 Kinder), die Tochter hatte 10 Einzelgeburten und zweimal Drillinge, die Enkelin vier Einzelgeburten gehabt und einmal Drillinge geboren. Eine Schwester der Mutter hatte 7 Kinder geboren, einmal Drillinge. Die Familie wurde im Bekanntenkreise genannt »Tripleas and Twin Family«.

Solcher Familien mit hereditärer Neigung zu Mehrlingsschwangerschaften gibt es nicht wenige. Im letzten Hefte des Zentralblattes für Geburtshilfe und Gynäkologie fand ich heute Abend (Bd. I, Hft. 16, p. 786) ein Referat einer Arbeit von H. Fergusson Watson »Unusual fertility in syphilitic parents associated with anomalous involvement of the children«, betreffend ein syphilitisches Ehepaar: Die latent syphilitische Frau hatte dreimal hintereinander Zwillinge geboren, das erste Zwillingspaar im 7. Schwangerschaftsmonate, das zweite und das dritte im 8. Monate. Die ersten Zwillinge wurden im November 1910 geboren, die letzten am 14. September 1912. Die Frau hatte also innerhalb 22 Monaten 6 Kinder geboren.

Auch in meiner Klientel befindet sich eine Familie, in der Zwillingsschwangerschaften mehrfach sich wiederholten. Die jüngste Vertreterin dieser Familie hat mehrmals Zwillinge geboren und einmal im 3. Schwangerschaftsmonate während einer Kur in Ems Zwillinge im 3. Monate abortiert, während ein Drilling ausgetragen wurde — Ich leitete persönlich die Geburt. Es handelt sich um die Gattin eines russischen Ministers, eine hochintelligente Frau, welche mir eine Genealogie ihrer Vorfahren mütterlicherseits anfertigte.

Der Engländer King in Melbourne behauptete gelegentlich, jedes Säugetier werfe so viele Junge, als es Euter besitze, wenn es unter günstigen Ernährungsverhältnissen lebe — als Haustier —, während es in wildem Zustande, wo es sich seine Nahrung erkämpfen müsse, geringeren Wurf habe. Das ist ja eine den Tierzüchtern bekannte Tatsache. Danach müßte also die Frau, zwei Brüste besitzend, stets Zwillinge gebären. Im allgemeinen herrscht bezüglich der Mehrlingsschwangerschaften eine gewisse Gesetzmäßigkeit, welche ihren Ausdruck in der Lex Hellin findet: Zwillinge kommen durchschnittlich einmal auf 80 Geburten vor, Drillinge einmal auf 80mal 80, also auf 6400 Geburten, Vierlinge einmal auf 80 mal 80 mal 80, also auf 512 000 Geburten, Fünflinge einmal auf 80 mal 80 mal 80 mal 80, also auf 4 096 000 Geburten.

Persönlich vermute ich, daß die Zahl der Zwillingsschwangerschaften beim

Digitized by Google

Menschen eine wesentlich größere sein dürfte, als theoretisch angenommen wird, indem meiner Erfahrung nach eine große Anzahl von Zwillingsschwangerschaften als solche in praxi übersehen wird — das heißt ein Kind wird geboren, der im Kampf ums Dasein in utero unterlegene Zwilling wird übersehen, nicht bemerkt. Untersucht man gewissenhaft jede Placenta, so findet sich oft genug an derselben der übersehene Zwilling, sei es ein Foetus papyraceus, ein Foetus amorphus, acormus usw., oder es findet sich nur eine rudimentäre zweite Eiblase mit rudimentärem Fötus. Da ich persönlich einige solche Fälle gesehen und auch in der Warschauer ärztlichen Gesellschaft demonstriert habe, so möchte ich diesen Punkt hier nicht unerwähnt lassen. Wird denn bei jedem Partus der Placenta genügend Aufmerksamkeit, ich sage nicht vom Arzte, aber von der Hebamme gewidmet? Das Kind ist wichtig für Vater und Mutter, die Placenta Nebensache — für den wissenschaftlichen Forscher aber sowie für den Geburtshelfer überhaupt, ist die Placenta, namentlich in Beziehung auf pathologische Komplikationen ihrer Entfernung usw., ihre Beschaffenheit oft viel wichtiger und lehrreicher als die Betrachtung des Kindes. Oft genug machte ich die Erfahrung: hätte ich die Placenta nicht untersucht, so wäre die Zwillingsschwangerschaft ganz übersehen worden. Was man bei genauer Untersuchung einer Placenta finden kann, lehrt unter anderem eine bekannte Beobachtung von Landau in Berlin, der an der Placenta adhärent einen vom Rumpfe abgelösten Kopf eines Fötus fand. Die Dekapitation hatte intra uterum stattgefunden. Herr Landau war so freundlich, mir vor einigen Jahren in seiner Klinik das anatomische, wohl einzig dastehende Präparat persönlich zu demonstrieren.

Bezüglich der Zwillings- und Drillingsschwangerschaft möchte ich an dieser Stelle auf eine meiner Arbeiten hinweisen: »Zur Lehre von der Zwillingsschwangerschaft mit heterotopem Sitz der beiden Eier, das eine Ei intra uterum, das andere extrauterin gelagert« (Leipzig 1907). In dieser Arbeit hatte ich 170 Fälle solcher isochroner heterotopischer Zwillingsschwangerschaften zusammengestellt. Merkwürdigerweise kommen auf diese 170 Mehrlingsschwangerschaften nicht weniger als vier Fälle von Drillingsschwangerschaft.

G. Balfour Marshall fand neben intrauterinen Zwillingen einen extrauterinen Drilling, ebenso Niessen-Geoffroy, Trezvant fand neben extrauterinen Zwillingen einen intrauterinen Drilling, Halley fand neben intrauterinen Zwillingen einen extrauterinen Drilling. Merkwürdigerweise hatten einige von diesen 170 Frauen schon unter den früher vorausgegangenen Schwangerschaften Mehrlingsschwangerschaften gehabt; drei von diesen 170 Frauen hatten schon früher einmal Zwillinge geboren, eine schon einmal Drillinge. In einer neuen Serie von analogen Fällen — es sind 70 Fälle von 1907 bis 1913 von mir gesammelt — Zwillingsschwangerschaft isochronen Ursprunges mit heterotopem Sitz der beiden Eier — zusammen wäre es eine Kasuistik von 240 Fällen — habe ich abermals einen Fall gefunden, wo neben extrauterinen Zwillingen ein intrauteriner Drilling gefunden wurde (Fall von Bichat und Marchal 1909).

Was die tubare Zwillingsschwangerschaft isochroner Konzeption — sei es zwei Früchte in einer Tube oder je eine Frucht in je einer Tube — betrifft, so habe ich eine sehr reiche Kasuistik gesammelt, welche ich gelegentlich veröffentlichen werde, dagegen kenne ich nur drei Fälle, in welchen in einer Tube isochrone Drillinge gefunden wurden. Den ersten Fall veröffentlichte mein unvergeßlicher Freund Sänger im Zentralblatt für Gynäkologie 1893, p. 148, den zweiten Fall beobachtete Wilmer Krusen (»Triple ectopic gestation«, Brit. gynec. journ. 1902, Mai, Vol. LXIX, p. 30. Siehe auch W. A. N. Dorland, Dr. Krusen's Case of

Digitized by Google

triplets in an Fallopian Tube. Amer. journ. of obstetrics etc. Vol. XLVII, 1903, p. 245).

Neuerdings fand Dr. Diamant in Lemberg, wie er mir vor einigen Tagen schrieb, in einer Tube Drillinge. Zu erwähnen hätte ich noch eine Beobachtung von Launay und Séguinot (siehe: Frommel's Jahresbericht für 1911, p. 550): in einer Tube Zwillinge, in der anderen ein Drilling.

Dieser ersten Gruppe ungewöhnlicher Fertilität, wo dieselbe Frau wiederholt Mehrlingsschaft aufwies, steht die zweite Gruppe gegenüber, wo es sich um eine ungewöhnlich große Zahl von aufeinanderfolgenden Schwangerschaften handelte. Die neueste Literatur weist wieder einige Fälle dieser Art auf, die ja nicht zu den Seltenheiten gehören, höchstens heute seltener werden als sie früher waren, weil ja heute prinzipiell der Schwangerschaft in vielen Kreisen so weit als irgend tunlich vorgebeugt wird.

Heinricius teilte am 16. März 1912 in der Gesellschaft der Finnischen Ärzte eine eigene Beobachtung von ungewöhnlicher Fruchtbarkeit mit (siehe: Gynäkologische Rundschau 1913, Hft. 9, p. 344): 42jährige, 25 Jahre verheiratete Frau, 10 Jahre jünger als ihr Gatte, hatte 20 Schwangerschaften durchgemacht, und zwar 13 Kinder ausgetragen und vier Frühgeburten und drei Aborte gehabt. Einen ähnlichen Fall berichtete kürzlich Carini (Rassegna d'ostetricia e ginecologia 1913, Nr. 2; Referat: Zentralblatt für Gynäkologie 1913, Nr. 23, p. 874): Die betreffende Frau hatte von ihrem 15. bis 47. Jahre 44 Schwangerschaften durchgemacht: 17 Kinder ausgetragen und 27 mal abortiert. Niemals Zwillinge oder Drillinge. Eine Tochter dieser Frau hat 17 ausgetragene Kinder geboren.

In meiner eigenen Familie kenne ich eine Seitenlinie von ähnlicher Fruchtbarkeit. Frau M. hatte 24 Schwangerschaften und starb hochbetagt: 10 Kinder wurden über 30 Jahre alt und leben zum Teil heute noch. In meiner Klientel habe ich mehrere Frauen verzeichnet, welche mehr als 20 Schwangerschaften durchgemacht haben. In meinem Aufsatz »Tentamen abortus provocandi deficiente graviditate uterina« erwähnte ich eine Beobachtung von Heywood Smith (Brit. gynaec. journ. 1904, November, p. 244), eine Pat. betreffend, welche sich selbst 35mal künstlich einen Abort eingeleitet hatte.

Einen ganz eigenartigen Fall beobachtete ich 1905 und 1906: Es handelte sich um eine 40jährige Frau, welche, seit dem 20. Lebensjahre verheiratet, nachdem sie 5 Kinder normal geboren hatte, von ihrem Mann während ihrer 6. Schwangerschaft syphilitisch infiziert worden war. Sie abortierte, ebenso in der 7., 8. und 9. Schwangerschaft. Nach einer antiluetischen Kur trug sie das 10. Kind aus. Die 11., 12., 13. und 14. Schwangerschaft endeten wieder mit Abort. Nach einer neuen Schmierkur, welche auch der 10. Schwangerschaft vorausgegangen war, gebar die Frau in der 15. Schwangerschaft wieder ein lebendes Kind, in der 16., 17., 18. ,19. und 20. Schwangerschaft wieder Abort. Nach neuer antisyphilitischer Kur ergab die 21. und 22. Schwangerschaft wieder je ein lebendes Kind. Diese Frau hat also 9 ausgetragene Kinder geboren und 13mal abortiert, bis endlich die Extrauterinschwangerschaft erfolgte. Sie hat 8 Kinder gestillt, von denen zurzeit 6 leben. Die Aborte erfolgten stets zwischen der 6. und 8. Woche und stets reihenweise nacheinander: zweimal abortierte die Frau viermal nach der Reihe, einmal fünfmal nach der Reihe. Sämtliche Aborte verliefen spontan, ohne ärztliche Behandlung. In der 23. Schwangerschaft entfernte ich operativ eine im 8. Monate abgestorbene extrauterine Frucht. Die Frau hat im Laufe dieser Schwangerschaft viermal in meiner Klinik gelegen, machte alle möglichen Peripetien der Extrauterinschwangerschaft durch, Kollapse, Schmerzen, Haematocele

Digitized by Google

retrouterina usw., war aber nicht zu bewegen, sich einer Operation zu unterziehen. Sie lag in der Klinik vom 26. IX. bis 3. XI., vom 30. XII. 1905 bis 10. II. 1906, dann vom 18. bis 25. III., endlich vom 12. V. bis zum 13. VI. 1906.

Erst gelegentlich ihres letzten Eintrittes in die Klinik bat sie selbst um die Operation, und ich machte den seit Monaten vergeblich verlangten Bauchschnitt am 16. V. Linkseitiger, über mannskopfgroßer Tumor, verbacken mit seiner Umgebung (Netz, Darm, hintere Uterinfläche usw.), eingeschachtelt von neophytischen Membranen wie in Zwiebelschalen — Resultat vorausgegangener Blutergüsse in der Bauchhöhle —. Der Tumor war die linke Tube und enthielt eine im 8. Monat abgestorbene Frucht, die außergewöhnlich derbe Placenta und trübes Fruchtwasser. Die Placenta saß in der Tube, die Fruchtkapsel in der ampullären Tubenmündung. Auf die Einzelheiten der interessanten längeren klinischen Beobachtung einer zunächst wegen Widerstand der Pat. und ihres Gatten nicht operativ behandelten Extrauterinschwangerschaft, die anfangs unterlaufenden diagnostischen Schwierigkeiten will ich hier nicht eingehen, um nicht vom Thema abzuschweifen, möchte nur zum Schluß die Frage aufwerfen, wie kam diese Frau, nachdem sie 22 uterine Schwangerschaften gehabt hatte, jetzt zu einer extrauterinen Eieinnistung? Lag die Ursache in der mütterlichen Tube oder im Ei selbst?

Die Frau wurde geheilt entlassen am 13. Juni 1906, nachdem sie, eigenem Unverstande es dankend, volle 91 Tage in der Klinik zugebracht hatte, ohne daß es gelang, sie von der Notwendigkeit einer Operation zu überzeugen. Beiläufig erwähne ich, daß auf 131 Fälle von operativ in meiner Klinik behandelten Fällen von ektopischer Schwangerschaft dieser der einzige ist, welcher eine so außerordentliche Fertilität aufweist.

II.

Noehmals zu: „Schottländer, Über die Bestimmung der Schwangerschaft auf Grund histologischer Placentarbefunde und über etwaige praktische Verwertbarkeit dieser Befunde".

Von

H. Peters in Wien.

In meiner kurzen Äußerung zu Schottländer's Publikation lag es mir gewiß fern, persönlich aggressiv sein zu wollen. Wenn ich äußerte, daß uns die Befunde Schottländer's nicht viel Neues bieten, so mag in dem Ton dieser Worte vielleicht etwas liegen, was gegen mich spricht, und ich will gern diese Worte zurücknehmen, wenn die ausführliche Publikation Schottländer's bzw. Jägeroos' tatsächlich bestätigt, daß wir aus den histologischen Befunden eine sichere Zeitdiagnose der Gravidität für die einzelnen Monate stellen können; denn dann würden diese Untersuchungen tatsächlich einen Fortschritt bedeuten, da bisher unter Ausnutzung aller verfügbarer diagnostischer Behelfe meistens nur approximative Schlüsse gezogen werden konnten.

Bisher war ich, der ich mich ja seinerzeit bei meinen Placentarforschungen nicht nur auf die jüngsten Stadien beschränkte, sondern auch manche ältere Placenta untersuchte, der Ansicht, daß ziemlich weite physiologische und individuelle Schwankungen bestehen, die einen solchen Versuch illusorisch machen.

Digitized by Google

Auch andere außer mir dachten so, und man findet in der Literatur nur die Angaben, daß in den ersten 3 Monaten die kernhaltigen Blutkörperchen in den fötalen Gefäßen ein Kriterium bieten, und daß in der zweiten Schwangerschaftshälfte das zweireihige Zottenepithel regressive Veränderungen eingeht, indem die Langhans'sche Zellschicht als kontinuierliche Lage allmählich verschwindet und auch der syncytiale Belag immer spärlicher wird. Daß diese Veränderungen an der Chorionplatte früher als am Zottenbaum stattfinden, war mir und wohl auch anderen bekannt. Genauere Zeitangaben allerdings über diese durch Wachstums- und Dehnungsursachen bedingten Veränderungen am Chorionepithel wurden weder von mir, noch von anderen gemacht, darin gebe ich Schottländer vollkommen recht, und zwar wohl hauptsächlich deshalb (ich wiederhole aus meiner ersten Publikation), weil es unmöglich ist, aus den übrigen, zur Verfügung stehenden, meistens ganz unsicheren Daten einen Anhaltspunkt für genaue Zeitbestimmung zu finden.

Wir werden ja in Zukunft sehen, ob auf Grund der Schottländer'schen Erfahrungen »mit einem großen Maß von Sicherheit zwischen dem 1.—2., 3., 4., 5. und 6. Monate und mit Wahrscheinlichkeit zwischen dem 6. und 10. Monate die Differentialdiagnose zu stellen« möglich ist. Ich füge hinzu: von jedermann, denn darauf kommt es wohl bei Ausnutzung solcher Befunde für praktische Zwecke an. Es unterliegt keinem Zweifel, daß jemand mit sehr reicher, jahrelanger Erfahrung die eventuellen Fehlergrenzen bei schwankenden Befunden auf ein Geringes einzuschränken vermag. Es haftet aber doch eben ein persönliches Moment daran, und darin liegt die Schwierigkeit einer Verallgemeinerung der Ausnutzung für praktische, speziell forensiche Zwecke.

Nachdem Schottländer sagt, daß ihm »praktische« Schlußerfolgerungen aus den Befunden nicht nur erlaubt, sondern geboten dünken, und daß »der Zweck seiner vorliegenden Publikation darin gipfelt, eine Anregung zu entsprechenden Untersuchungen gerade auf dem Gebiete der gerichtsärztlichen Geburtshilfe gegeben zu haben«, so ist es sehr zu verwundern, daß Schottländer mir vorwirft, »daß ich auch hier das Ziel völlig verfehlt habe«, und sich dagegen verwahrt, er habe unter den »praktischen« Schlüssen nicht auch die forensische Verwertbarkeit gemeint. Diese gehört doch auch, und zwar hauptsächlich unter die praktischen Schlüsse. Ich glaube, es wird mir jedermann recht geben, wenn ich diesbezüglich über ein weiteres Wortgefecht hinweggehe.

Um kurz auf die Repliken Schottländer's einzugehen, muß ich, was die erste Gruppe Schottländer's (1.—3. Monat) anlangt, erwähnen, daß die Befunde Jägeroos' über verschiedene Färbbarkeit der Blutzellen einerseits bis zur 6. Woche, andererseits von der 8. Woche ab in dem ersten Schottländer'schen Artikel erst annonziert waren, so daß ich wohl nicht leicht speziell darauf eingehen konnte. Da die Arbeit in den ersten zwei Heften der I. Abteilung des Archiv für mikr. Anatomie 1913, Bd. LXXXII, nicht erschienen ist, ist es mir auch heute unmöglich, in die Arbeit Einsicht zu nehmen. Jedenfalls hat Jägeroos einige sichere Fälle mit nur einmaliger Kohabitation zur Aufstellung dieser Norm zur Verfügung gehabt, aus welchen es ihm möglich war, auf die Allgemeinheit zu schließen.

Wenn diese Befunde sich bestätigen, dann wird an einwandfreien, frischen Präparaten eine Differentialdiagnose zwischen 2. und 3. Monat möglich sein; ob das in forensischer Beziehung besonders wertvoll sein wird, darüber habe ich mich im allgemeinen schon geäußert und werden ja Fachmänner noch urteilen. Der von Schottländer herbeigezogene Fall von Ehescheidung wegen außer-

Digitized by Google

ehelicher Schwängerung innerhalb 8wöchiger Abwesenheit des Gatten scheint mir doch ein wenig ad hoc konstruiert. Ich komme am Schluß noch einmal darauf zurück.

Auf die Replik Schottländer's betreffs der dritten von ihm aufgestellten Gruppe (6—10. Monat) gehe ich nicht ein und kann nur bei dem »Fehlen allgemein brauchbarer Kriterien« auf das, was ich eben vorhin betreffs der subjektiven Deutungen sagte, verweisen, und die Worte Schottländer's aus seiner ersten Publikation zitieren: »Wir haben soeben die Unzulänglichkeit unseres histologischen Könnens in bezug auf die dritte Gruppe festgestellt«, welche mich wohl zu meiner diesbezüglichen Bemerkung, daß eben da nicht viel zu machen sei, berechtigte.

Gegen die die zweite Gruppe (4. und 5. Monat) betreffende Replik kann ich nur aus der ersten Schottländer'schen Publikation den Satz wieder zitieren: »Zwischen dem 4. und 5. Monate bestehen folgende Unterschiede: Im Gegensatze zu den Zotten ist an der Chorionmembran das doppelte Epithel in der 15. Woche schon verschwunden[1]. Hier beginnt schon in der 13.—14. stellenweise der Schwund der Trophoblastzellen, der sich an den Zotten erst in der 17. geltend macht.« Das ist, denke ich, doch sehr präzise ausgedrückt. In der 15. Woche Chorionmembran schon einschichtig, Zotten noch zweischichtig; in der 17. Woche auch an den Zotten Beginn der Einschichtigkeit. Es besteht also nach Schottländer ein allgemeingültiger und sicherer Unterschied zwischen 15. und 17. Woche, und das ist im Hinblick auf die physiologischen und individuellen Schwankungen und die Schwierigkeit der Berechnung einer Schwangerschaft aus den übrigen Daten neu. Dies wurde bisher noch von keiner Seite so strikt behauptet, und es ist mir nicht recht begreiflich, warum Schottländer darüber so empört ist, daß ich gerade dieses von ihm auch in seiner Replik als wesentlich hervorgehobene, differentialdiagnostische Moment zwischen 4. und 5. Monat herausgegriffen habe.

So viel zur Replik Schottländer's auf meine Kritik.

Gleichzeitig gibt aber Schottländer zu, »daß eine gewisse Variationsbreite« bei der Deutung der Befunde »angenommen werden muß«. Diese Variationsbreite individueller und physiologischer Natur hat es eben im Verein mit dem Umstande nicht verwertbarer, anamnestischer Daten der noch immer bestehenden Unmöglichkeiten der Fixierung des Graviditätsbeginnes, der in vielen Entwicklungsstufen bestehenden großen Schwankungen der Keibel-Mall'schen Normentafel, der vielen, auch von Schottländer natürlich zugegebenen, pathologischen Befunde nicht zu gedenken, bisher unmöglich gemacht, daß von irgend einer Seite bestimmte histologische Normen (also eine Art Normentafel) aufgestellt werden konnten.

Warum bei den bekannten Schwankungen in der Entwicklung des Embryos, der Weite des Amnions, der reichlicheren oder ärmeren Verästelung des Zottenbaumes, der schwankenden Anzahl der Haftzotten, der wechselnden Fibrinoidbildung usw. gerade die histologische Beschaffenheit des Chorionepithels, des Trophoblasts, des Syncytiums, ja auch des Zottenstromas das einzig stabile und für die Beurteilung maßgebende Moment sein soll, vermag ich nicht einzusehen.

Zur Nachprüfung der Schottländer'schen Befunde gehört ein außerordentlich großes und nur großen Kliniken zur Verfügung stehendes Material. Wie ich in meiner Publikation erwähnte, wollte ich auch an den Befunden selbst nicht Kritik üben. Es werden sich wohl andere Kliniken nun ebenso bemühen, aus

[1] Im Original fettgedruckt.

Digitized by Google

den histologischen Bildern genaue Schwangerschaftszeitdiagnosen zu machen. Der Tenor meiner Zeilen betraf die Frage der forensischen Verwertbarkeit.

Über die von Schottländer in Aussicht gestellte, allerdings mit einiger Reserve geäußerte, von mir bezweifelte Ausnutzung für forensische Zwecke sollen sich, ich bin mit Schottländer vollkommen einverstanden, die gerichtlichen Mediziner äußern.

Da ich mich nicht getraut hatte, ohne Rat eines Fachmannes über dieses mir ferner liegende Thema zu urteilen, war ich so vorsichtig, vor der Publikation meiner ersten Zeilen ein solches Gutachten einzuholen. Dieses lautete allerdings gegen den Schottländer'schen Versuch absolut ablehnend.

Ich zitiere mit Erlaubnis Prof. Haberda's aus seinen Briefen wörtlich: »Zunächst bekommen wir äußerst selten eine Placenta zur Untersuchung. Am ehesten noch bei Fällen von Kindesmord, z. B., wenn sie noch am Kinde hängt oder wenn sie mit dem Kinde beseitigt wurde. Da brauchen wir keine Bestimmung der Graviditätsdauer, es interessiert uns nur, ob nicht pathologische Prozesse bestehen, die etwa zum Fruchttod führen konnten; eventuell kann die Vergleichung der Trennungsenden an dem Nabelschnurrest des Kindes und der Placenta von Wichtigkeit sein. Bei Abortusfällen werden uns das leere Ei oder Eireste am ehesten dann übergeben, wenn sie von einem Arzt oder in einer Klinik entfernt wurden, und eine Anzeige erstattet wird, wie Sie ohnedies erwähnen. Auch da kommt es auf das Alter nicht an, wenigstens nicht im wesentlichen, höchstens im Vergleich mit den anamnestischen Angaben. Der Placentarbefund sichert allerdings die Diagnose der bestehenden Gravidität, bzw. des Abortus. Damit ist oft noch gar nichts erreicht, denn das Gericht steht gegenwärtig meist auf dem Standpunkt, ob eine normale (lebende) Frucht abgetrieben wurde, und darüber gibt die Placenta allein keine Auskunft.«

»Bei Paternitätsfragen oder Kindesweglegung kommt eine Placentauntersuchung nie vor; das letztere Delikt wird ja an schon vor einiger Zeit geborenen Kindern begangen.«

»Zutreffend ist auch Ihre Bemerkung, daß es bei Gericht, wenigstens in Strafsachen, wenig Wert hat, wenn man »Möglichkeiten« feststellt. Auch die Differenz, ob unter oder über 15 Wochen, hat forensisch keine Bedeutung. Denkbar ist der Fall, daß eine Placenta gefunden wird unter Umständen, die ihre Zugehörigkeit zu einer bestimmten Mutter sicherstellen läßt, welche nun sagt, sie habe abortiert, während man vermutet, sie habe ein reifes oder mindestens lebensfähiges Kind geboren und an diesem ein Verbrechen begangen. Polizei und Gericht werden nach dem Kinde suchen, wenn der Grichtsarzt sagt, die Placenta stamme von einer so weit vorgeschrittenen Gravidität, daß das Kind lebensfähig war[2]. Da genügen aber die makroskopischen Befunde, wie Sie ja hervorheben, und eventuell der klinische Befund an der Mutter selbst, wenn es nicht zu lange her ist seit der Niederkunft. Eine mikroskopische Untersuchung der Placenta wird da nicht notwendig sein. Übrigens sind histologische Befunde an Placenten, die z. B. im Kanal oder im Wasser gelegen waren und verfault oder ganz ausgewässert sind, meist nicht verwertbar.«

Nach erfolgter Replik Schottländer's äußert sich Prof. Haberda abermals dahin, daß es »in den seltensten Fällen von forensischen Placentaruntersuchungen

---

[2] (3. Gruppe Schottländer's).

Digitized by Google

kaum jemals darauf ankommt, das Alter der Schwangerschaft eines solchen Befundes festzustellen.«

»Nach Durchsicht der ‚Antwort' Schottländer's in Nr. 22 des Zentralblattes für Gynäkologie kann ich nur sagen, daß mir in meiner 20jährigen gerichtsärztlichen Tätigkeit an den großen Gerichtsstellen Wiens, den größten des Reiches, kein Fall untergekommen oder bekannt geworden ist, in welchen bei Paternitäts- oder Ehescheidungsklagen Eiteile zur Untersuchung dem Gerichte vorgelegen sind.«

Auf dieses autoritative Gutachten hin kann ich es ruhig unbefangenem Urteile überlassen, ob meine Kritik zuwenig sachlich gewesen ist, und ich halte diese Polemik hiermit für beendet.

Berichte aus gynäkologischen Gesellschaften.

1) Geburtshilfliche Gesellschaft zu Hamburg.

Sitzung vom 15. April 1913.

Vorsitzender: Herr Rüder; Schriftführer: Herr Schottelius.

Demonstrationen.

Herr Prochownick demonstriert:

a. Ein kleinfaustgroßes Leiomyom, das an der kleinen Kurvatur des Magens gesessen hatte. Der Magen war in ausgesprochenster Weise tief herabgesunken. Bei der ganz außergewöhnlichen Seltenheit des Falles war eine topische Diagnose der sehr beweglichen und leicht palpablen Geschwulst erst nach Eröffnung der Bauchhöhle möglich.

b. Pyosalpingen einer Pat., die 1909 wegen chronischer appendicitischer Beschwerden und einer Retroflexio uteri non satis mobilis laparotomiert war. Damals erwiesen sich die Tuben bei der Inspektion normal. Nach 6—7 Monaten kehrten die Beschwerden wieder, die Pat. blieb unter ständiger Kontrolle. Während dieser Kontrolle bildete sich rechts ein deutlich fühlbarer Adnextumor, der schließlich wiederum eine Laparotomie erforderte. Auch die linken Adnexe erwiesen sich derart entzündlich verändert, daß die beiderseitigen Adnexe unter Belassung eines Ovariums entfernt werden mußten. Bei dem negativen Ausfall der Tuberkulinreaktion beruhen die Pyosalpingen aller Wahrscheinlichkeit nach auf gonorrhoischer Infektion, deren Beginn trotz ständiger Kontrolle entgangen war.

Herr Jacobsthal empfiehlt für solche, diagnostisch unklare Fälle den Nachweis der Gonorrhöe auf serologischem Wege, der zwar technisch nicht einfach, aber zur Sicherung der Diagnose doch recht empfehlenswert ist.

Herr Rüder bespricht einen Fall von Sectio caesarea bei Sarkomkachexie. Die Frau, 24jährige Ipara, wurde in extremis eingeliefert. Über der Symphyse ein mannskopfgroßer, harter Tumor, ein kleinerer in der rechten Inguinalgegend. Der Fötus wurde mit Röntgendurchleuchtung hoch unter dem linken Rippenbogen nachgewiesen. Sectio caesarea hoch in der Linea alba, Hervorwälzen des Uterus, Fundalschnitt, Kind gut entwickelt, lebt. Da Cervix noch erhalten und eine Dilatation zum Abfluß der Lochien technisch unausführbar war, mußte der Uterusschnitt noch nach unten verlängert werden.

Versuch, den Tumor zu entfernen, mißlingt; die im Innern nekrotische Geschwulst wird ausgeräumt und tamponiert. Exitus am gleichen Abend.

Obduktion: Sarkom vom Os pubis ausgehend; Geschwulstknoten über der rechten Inguinalgegend hart. Myodegeneratio, Dilatation der Ureteren, Pyelitis, Fehlen jeder Stauung im Gebiet der Venen auf der Seite der erkrankten Extremität.

Digitized by Google

Herr Prochownick hat seinerzeit über einen ähnlichen Exitus nach Sectio caesarea bei Zwillingen und doppelseitigem Ovarialkarzinom, dessen Entfernung versucht war, berichtet.

Herr Matthaei: Dürfen Syphilitiker heiraten?

Diese Fragestellung erscheint M. berechtigt, da auch nach der Entdeckung des Syphiliserregers und der Wassermann-Reaktion eine absolute Sicherheit nicht gegeben werden kann für den Abschluß der syphilitischen Erkrankung. Wir sind nach wie vor nicht in der Lage, die definitive Heilung der Lues in vollkommen exakter und wissenschaftlich begründeter Weise zu konstatieren.

Dabei ist allerdings zu bedenken, daß die Spanne Zeit, welche seit der Entdeckung der Spirochaeta pall. und der Seroreaktion verstrichen ist, noch eine zu kurze ist, um schon jetzt über alle Fragen, die bei einer so eminent chronisch und vielgestaltig verlaufenden Krankheit beantwortet werden müssen, eine endgültige Entscheidung treffen zu können. So erscheint der Standpunkt, den einzelne Autoren einnehmen, verständlich, wenn sie sagen: mit gutem, wissenschaftlich-ärztlichem Gewissen kann man einem Menschen, der eine luetische Infektion durchgemacht hat, die Heirat nicht erlauben.

Praktisch liegt aber die Sache doch absolut anders.

Wissen wir doch aus zahllosen Erfahrungen, daß früher Infizierte geheilt worden sind, selbst ein langes Leben führten, nicht an den Folgen ihrer Infektion starben, ihre Frauen nicht angesteckt haben und eine gesunde Nachkommenschaft zeugten.

Daher werden in der Praxis die Forderungen, die Fournier in seiner Monographie über »Syphilis et mariage« aus den Jahren 1880 und 1890 niedergelegt hat, und die allgemein als Richtschnur anerkannt worden sind, auch heute noch ihre Geltung behalten. Diese Anschauungen erscheinen durch die Entdeckungen des letzten Jahrzehntes keinesfalls über den Haufen geworfen, wohl aber sind sie bestätigt und ihrer Begründung näher geführt worden, so daß wir heute bakteriologisch und in gewisser Weise auch serologisch mit bestimmten Faktoren rechnen können, welche den früheren Autoren nicht bekannt waren.

Somit sind wir diagnostisch und vielleicht auch prognostisch ein wesentliches Stück weiter gekommen, wenn wir auch offen zugeben müssen, daß das Problem der Syphilis durchaus noch nicht als gelöst angesehen werden kann.

Auch in der ungemein schwierigen Frage der Vererbungsart der Syphilis haben uns die neuzeitlichen Entdeckungen erheblich gefördert, nachdem es Trinchese gelungen ist, eine Spirochäte in dem Augenblick im Mikrophotogramm zu fixieren, in dem sie aus dem mütterlichen Blut durch das Syncytium in den kindlichen Kreislauf hinüberschlüpft. Damit ist die uterine Übertragungsart erwiesen, entgegen dem bisher als gewöhnlich angesehenen Infektionsmodus auf spermatischem Wege. Hierfür sprechen auch diejenigen Fälle, in denen latent luetische Mütter von gesunden Männern syphiliskranke Kinder gebaren.

Es erscheint auch durch zahlreiche Untersuchungen als erwiesen, daß das Colles'sche Gesetz, nach welchem Mütter kongenital luetischer Kinder gegen Luesinfektion immun wären, nicht mehr haltbar ist. Solche Frauen sind nicht gegen Syphilisinfektion immun, sondern latent syphilitisch, und zwar scheint sich diese Lues latens über eine ungemein lange Zeit zu erstrecken, so daß nach vielen Jahren immer noch kongenital luetische Kinder von solchen Frauen zur Welt gebracht werden können, welche selbst weder je manifeste Luessymptome gezeigt haben noch auch an den Folgen ihrer Infektion zugrunde zu gehen brauchen. Diese Frauen beherbergen eben an einer versteckten Stelle dauernd Spirochäten,

Digitized by Google

ohne daß es zu Manifestationen der Krankheit an der Körperoberfläche oder anderen lebenswichtigen Organen zu kommen braucht. Vielleicht handelt es sich um eine lokalisierte Syphilis, welche an den inneren Genitalorganen bezw. deren regionären Lymphdrüsen oder dem Peritonealraum haftet (Bab).

Das Bestehen einer solchen latenten Erkrankung führt zu einer Unempfänglichkeit gegen anderweitige Infektion und läßt Wassermann'sche Antistoffe im Blut und Milchserum erscheinen.

Nach Neisser gibt es eine Immunität gegen Syphilis überhaupt nicht, so daß auch die Profeta'sche Regel wohl nicht mehr als zu Recht bestehend anzusehen ist, nach welcher anscheinend gesunde Kinder luetischer Eltern gegen Syphilisinfektion immun sein sollten.

Die Beantwortung der Frage, darf ein Pat., der früher einmal eine syphilitische Infektion durchgemacht hat, heiraten, kann nicht mit einem einfachen Ja oder Nein erledigt werden, sondern ist abhängig zu machen von mehreren Bedingungen, die vorher erfüllt sein müssen. Nach Erfüllung dieser Forderungen werden wir aber nicht die Berechtigung haben, diese Individuen als »Schiffbrüchige« von der menschlichen Institution der Ehe auszuschließen, sondern werden sie nur als Menschen betrachten müssen, welche unter größerem Risiko als die Nichtinfizierten ihr Leben zu führen gezwungen sind, welche eine erhöhte Aufmerksamkeit ihrem eigenen Gesundheitszustande sowie demjenigen ihrer Frau und etwaigen Deszendenz zu widmen haben werden.

Es bleiben uns nach wie vor die von Fournier genannten Postulate vorbildlich:

1) Die Abwesenheit jedes syphilitischen Symptoms.
2) Das Alter der Syphilis.
3) Der Zeitraum der letzten Syphiliserscheinungen.
4) Die Gutartigkeit des Syphilisverlaufes.
5) Genügende spezifische Behandlung.

Als sechstes Postulat käme jetzt noch der Ausfall der Wassermann-Reaktion hinzu.

Ad 1. Nachdem in allen sekundären Krankheitsmanifestationen die Spirochäte gefunden worden ist, muß dies Stadium als besonders infektiös angesehen werden, nicht anders als schon vor der Entdeckung des Erregers. Es sind aber auch die tertiären Erscheinungen, wie Gummiknoten, als infektiös anzusehen, da auch in diesen sich die Keime haben nachweisen lassen und Infektionen durch Gummiknoten erwiesen sind, wenn auch in selteneren Fällen.

Ad 2. Je frischer die Infektion, desto größer die Infektiosität sowohl dem Ehepartner, wie auch der Nachkommenschaft gegenüber. Die frühere Forderung einer Karenzzeit von 2—3 Jahren erscheint jetzt nicht mehr als genügend. Finger und Fournier verlangen jetzt 5 Jahre, besonders im Hinblick auf die Vererbungsmöglichkeit. Letztere besteht unzweifelhaft viel länger und intensiver als die direkte Infektionsgefahr der Ehegatten gegeneinander.

Ad 3. Es ist zu fordern, daß in den letzten 2 bis 3 Jahren keine Luessymptome sich mehr gezeigt haben dürfen. In der Mehrzahl der Fälle reichen die sekundären Erscheinungen bis zum 3. Jahre. Doch kommen Plaques muqueuses auch noch bis zum 5. und 6. Jahre vor und sind wegen ihres Prädilektionssitzes an Zunge und Genitalien besonders infektionsgefährlich und auch besonders schwer der Behandlung zugänglich.

Ad 4. Der sog. gutartige Verlauf ist oft recht trügerisch. Man kann aus der Geringfügigkeit oder der Seltenheit der Erscheinungen nicht den Schluß ziehen

Digitized by Google

auf das Ausbleiben oder die Benignität der Nachkrankheiten. Das Gegenteil ist erfahrungsgemäß oft der Fall, ebenso wie umgekehrt oft anfänglich schwer erscheinende Fälle bei genügender Behandlung keine absolut schlechte Prognose ergeben.

Mitbeteiligung der Nervenzentren läßt dagegen die Voraussage ernst erscheinen, da dies oft die Vorboten der schweren Späterkrankungen, Tabes und Paralyse, zu sein pflegen.

Ad 5. Die genügende spezifische Behandlung ist und bleibt die Hauptforderung. Je früher dies eeinsetzt, und je energischer sie durchgeführt wird, um so intensiver pflegt sie zu wirken.

Wie weit die Ehrlich'schen Wünsche, durch das Dioxydiamidoarsenobenzol eine Therapia sterilisans magna zu erreichen, in Erfüllung gehen werden, läßt sich heute mit Sicherheit noch nicht sagen. Daß es ein Mittel von größter Bedeutung ist, unterliegt wohl schon jetzt keinem Zweifel mehr. Doch ist es kein Allheilmittel in der Weise, wie es wohl bald nach seinem Bekanntwerden dem Volke erschien, daß eine einmalige Einspritzung genügen würde, um den Infizierten mit einem Schlage für sein ganzes Leben von der Syphilis zu heilen. Rezidive bleiben auch mit diesem Mittel nicht aus. Jod und Quecksilber werden auch in Zukunft eine wesentliche Rolle bei der Behandlung der Lues spielen. In der richtigen Kombination der verschiedenen Mittel in den verschiedenen Stadien der Krankheit wird das Geheimnis der besseren oder schlechteren Syphilistherapie liegen. Unzweifelhaft hat die Behandlung einen nicht unwesentlichen Einfluß auf den Ausfall der Wassermann'schen Reaktion, derart, daß diese bei gut behandelten Fällen sehr viel häufiger einen negativen Ausfall ergibt als bei wenig oder gar nicht behandelten Fällen.

Wenn wir ja auch bisher über das Wesen der Wassermann'schen Reaktion noch im unklaren sind, werden wir doch bei Ehekandidaten eine serodiagnostische Untersuchung für unumgänglich notwendig erachten müssen und im Falle der positiven Reaktion den Versuch machen, einen Umschlag der Reaktion zu erzwingen.

Wenn aber alle anderen oben angeführten Forderungen erfüllt sind, werden wir bei positivem Ausfall der Wassermann'schen Reaktion allerdings nach dem heutigen Stande der Dingenicht berechtigt sein, die Heirat zu verbieten; wenigstens steht Neisser bisher auf diesem Standpunkt. Wir werden aber solchen Fällen dauernd unsere Aufmerksamkeit widmen und immer wieder den Versuch machen müssen, die Wassermann'sche Reaktion umzustimmen.

Wenn es Neisser gelungen ist, mit Hg und As die Lues der Affen vollkommen zur Ausheilung zu bringen, so ist kein Grund zu ersehen, warum diese Möglichkeit nicht auch für den Menschen bestehen soll. Allerdings werden wir uns wahrscheinlich zu sehr viel höheren Dosen entschließen müssen als sie bisher üblich waren, wie sie jetzt von verschiedenen Seiten inauguriert werden (Gennerich), und wie sie empirisch in den Bädern (Wiesbaden und Aachen) schon lange Sitte sind, wo unter dem Einfluß der Bäder viel größere Gaben der Medikamente vertragen werden, ohne Störung des Allgemeinbefindens. Dabei ist aber die rein symptomatische Behandlung nicht zu befürworten, es muß eine chronisch intermittierende Behandlung stattfinden in dem Sinne von Neisser-Fournier über die 4 ersten Jahre nach der Infektion, in einer möglichst intensiven Weise der Konstitution des Pat. angepaßt. Wenn dann noch ein Vierteljahr vor der Heirat eine Vorsichtskur durchgeführt wird, so wird man nach menschlichem Ermessen in der Praxis bei Zustimmung zur Ehe keinen Schaden anrichten. Natürlich

Digitized by Google

können auch unter diesen Kautelen Unglücksfälle vorkommen, es ist dies aber ein Risiko, ohne welches das menschliche Leben überhaupt nicht denkbar ist.

Was die Behandlung kongenital luetischer Kinder betrifft, so erscheinen besonders solche Fälle wie sie von Taege, Duhot u. a. beobachtet sind, interessant, in denen es gelang, luetische Erscheinungen bei Neugeborenen durch Salvarsaninjektion der stillenden Mütter zum Verschwinden zu bringen. Es ist demnach zu fordern, daß luetische Mütter ihre Kinder selbst stillen. M. ist auch nicht abgeneigt, einen Versuch in der Weise zu machen, daß man, wenn die syphilitische Mutter selbst nicht stillen kann, dem kranken Kinde eine syphilitische Amme geben soll, die vorbehandelt ist. Dieser Versuch erscheint zurzeit allerdings noch recht heroisch und kann wohl nur unter bestimmten Verhältnissen durchgeführt werden.

Die direkte Injektion syphilitischer Neugeborener mit Arsenobenzol ist in manchen Fällen mit günstigem Erfolg durchgeführt worden und darf wohl trotz der Möglichkeit, durch das Abtöten zahlreicher Spirochäten und dadurch freiwerdende Endotoxine, welche eventuell für den Pat. deletär werden können, bei der an sich äußerst schlechten Prognose der Spirochätensepsis Neugeborener befürwortet werden. Allerdings hält Neisser selbst diesen Versuch für recht gefährlich, doch berechtigen die erwähnten günstigen Erfolge zu weiteren Versuchen in dieser Richtung.

Sitzung vom 29. April 1913.

Vorsitzender: Herr Rüder; Schriftführer: Herr Schottelius.

Demonstrationen.

Herr Rüder demonstriert Diapositiv und Präparat zweier Fälle von Phokomelos.

a. Gesunde IIIpara, die vorher nie Mißbildungen zur Welt gebracht hatte. Kind tot, Steißlage, Fuß vorliegend, aber keine Extremitäten nachweisbar. Schwierige Entbindung nach Eröffnung des fötalen Abdomens und Einhaken mit einem Finger. Fötus sehr fettreich, großer Schädel mit weiten Fontanellen.

b. Mazerierter Fötus im 6. Monat. Verlauf der Geburt ohne Besonderheiten.

Die als Phokomelie bezeichnete Mißbildung ist gekennzeichnet durch eine mangelhafte Entwicklung von Arm und Beinknochen, so daß Hände und Füße als kurze Stümpfe dem Rumpf anhaften. Als Ursache wird von Kassowitz fötale Rachitis angenommen, von anderen (Hildebrandt, Simmonds, Fränkel) eine Chondrodystrophie. Im vorliegenden ersten Falle konnte histologisch (Prof. Simmonds) Chondrodystrophie nachgewiesen werden.

Diskussion zum Vortrag des Herrn Matthaei.

Herr May vermißt eine klare, präzise Antwort der im Thema liegenden Frage, ob Syphilitiker heiraten dürfen.

Herr Prochownik: Individuell, d. h. dem Einzelpatienten gegenüber haben wir Ärzte das Bestreben, die von Matthaei aufgestellte Frage mit »Ja« zu beantworten, aber das Interesse an der Allgemeinheit verweist uns bei der Gesamtbeurteilung alles bisher therapeutisch Erzielten auf »Nein«. Als Gynäkologen tritt die Frage nicht zu oft an uns heran, vorwiegend von Eltern, denen Krankheit von einer der Heiratspartien bekannt ist, von Mädchen oder Frauen, die vor der Ehe bzw. in früherer Ehe luetisch gewesen sind.

In früheren Jahren hat P. dann in Anlehnung an die Fournier'schen Sätze gehandelt. Aber mit der Zeit hat er sich immer mehr von deren Unzulänglichkeit an der Hand vieler trauriger Erfahrungen überzeugt, Auch die »Gesetze« von

Digitized by Google

Colles und Profeta waren für ihn in praxi lange überwundener Standpunkt. Deshalb hat er, mit Ausnahme von recht lange als gesund Beobachteten, mit den Jahren die Frage vorwiegend negativ beantwortet. Gefolgt hat man ihm freilich — da die Pat. immer »ja« erwarten — oft genug nicht. Der Umschwung der Syphilistherapie in den letzten Jahren ist noch so im Fluß, und seine Erfolge für die vorliegende Frage sind noch so wenig maßgeblich, daß P. vorläufig eine vorsichtige Negation für richtiger erachtet.

Herr Schottmüller pflichtet i. a. dem Vortr. bei und will gleichfalls den wissenschaftlichen vom praktischen Standpunkt getrennt wissen, da wissenschaftlich-objektive Beweise für eine vollkommene Ausheilung der Lues nicht zu erbringen sind. Den praktischen Konsequenzen des Vortr. kann S. nicht in allen Punkten beistimmen, hält aber die Fournier'schen Forderungen unter besonderer Berücksichtigung des Ausfalls der Wassermann'schen Reaktion, die im Verlauf späterer Jahre immer wiederholt werden muß, für sehr empfehlenswert. Je nach dem Ausfall der Wassermann'schen Reaktion hat die Behandlung bis ins zweite Dezennium zu dauern, zwecklos ist sie bei inaktivem Stadium der Lues.

Den Heiratskonsens möchte S. nicht bei positivem Wassermann erteilen. Absolut erforderlich ist aber in jedem Fall eine Aufklärung der zukünftigen Gattin bzw. der Schwiegereltern, schon um dem Manne die wiederholte Behandlung zu ermöglichen bzw. zu erleichtern.

Herr Delbanco verbreitet sich über einige Details des Matthaei'schen Vortrages, die Infektiosität des Gumma, welche er vor Entdeckung der Spirochaeta pallida klinisch erwiesen hatte, über die latente Lues der Frauen usw.

Riehl (Wien) nimmt an, daß bei Frauen der Primäraffekt übersprungen werden kann. Wälsch (Prag) hat gerade bei Ärzten Beobachtungen gemacht, daß durch eine Fingerverletzung, ohne daß diese das Äußere eines Primäraffekts annimmt, die Lues in den Körper einzieht (Syphilis d'emblée). D. bedauert, daß der Matthaei'sche Vortrag nicht vor einem größeren Forum gehalten ist. Die klaren Bedingungen, unter denen Matthaei Syphilitiker heiraten läßt, decken sich im großen mit den klinischen Erfahrungen, mit denen der Praktiker ohne Spirochaeta pallida, ohne Wassermann, ohne Tierexperimente usw. gut gefahren war. Wie schnell allerdings klinische Erfahrungen, zu Dogmen erstarrt, sich wandeln, geht gerade aus der großen Wiener Diskussion hervor, welche im Anschluß an Matzenauer's Vortrag, über die Hinfälligkeit des Colles'schen Gesetzes (solche vor Entdeckung der Wassermann'schen Reaktion behauptet) von den angesehensten Kinderärzten, Klinikern usw. geführt wurde — gegen Matzenauer. Das Thema »Syphilis und Ehe« ist ebenso aktuell wie schwierig in einer Zeit, welche uns lehrt, daß beim Erscheinen des Primäraffekts die Spinalflüssigkeit schon verändert ist, daß andererseits noch nach Jahrzehnten bei der bislang als Metasyphilis bezeichneten Affektion der Paralyse die Spirochaeta pallida noch nachweisbar ist. Gennerich's therapeutische Arbeiten können schließlich der Anstoß werden, unsere ganze antisyphilitische Therapie in andere Bahnen zu führen. Alles ist in Gärung begriffen. Viel hängt von der endgültigen Bewertung der Wassermann-schen Reaktion ab. D. verharrt vorerst auf seinem genugsam bekannten Standpunkt. Die Wassermann-Reaktion ist ihm kein florides Symptom, ein diagnostisch unschätzbares Merkmal.

Tabes und Paralyse akquirieren diejenigen, deren erstes Luesstadium verkannt oder ungenügend behandelt wurde. Darum sind die anfänglich leichten Fälle besonders gefährdet. Zum Schluß lenkt D. die Aufmerksamkeit auf die enorme Zunahme der Lues in Hamburg. Gegen diese bedeutsame Tatsache

Digitized by Google

müssen alle Anstrengungen gerichtet werden. Das Medizinalamt müsse das statistisch zu beleuchten versuchen. Ursachen und Einschränkung dieser Tatsachen stellen das schwierigste moderne Problem dar.

Herr Lomer kann sich nach fast 30jähriger praktischer Tätigkeit an keinen Fall erinnern, in dem er von früher syphilitisch Infizierten um seinen Konsens zur Heirat ersucht wäre. Herrn Schottmüller's Vorschlag, nicht nur den Mann, sondern auch die Verlobte oder deren Eltern in jeder Hinsicht aufzuklären, möchte L. durchaus beipflichten.

Herr Roesing hält eine eindeutige Bejahung oder Verneinung der angeregten Frage einstweilen noch nicht für möglich. Herrn Schottmüller's Standpunkt scheint ihm zu pessimistisch; der Heiratskonsens ist bei Garantie entsprechender Behandlung nach R.'s Ansicht zu erteilen.

Herr Rüder glaubt auf Grund des Eppendorfer Entbindungsmaterials nicht, daß der Prozentsatz an Lues so hoch sei, wie Delbanco annimmt.

Herr Schottmüller bedauert Herrn Delbanco's ablehnenden Standpunkt in der Bewertung der Wassermann'schen Reaktion; eine interne Erkrankung luetischen Ursprungs ist ätiologisch ohne Wassermann'sche Reaktion oft nicht zu erkennen; deshalb ist die Wassermann'sche Reaktion vor allem für Haut- und interne Ärzte von höchstem Wert. Der Primäraffekt kann vollkommen fehlen, wenn der Organismus nicht mehr zur Bildung reaktiver Stoffe befähigt ist, analog dem Ausbleiben eines Pirquet bei Tuberkulösen.

Herr Jacobsthal (a. G.): Das ganze Problem des Ehekonsenses muß von drei Gesichtspunkten aus aufgefaßt werden. Wir müssen fragen, welche Bedeutung hat die Syphilis:

1) Für den Pat. und seine Lebenschancen;

2) für den zukünftigen Ehegatten und die eventuellen Kinder;

3) für die weitere Familie und die Gesamtheit des Volkes.

Die Beantwortung der ersten beiden Fragen ist vorerst für den Einzelfall niemals sicher zu beantworten. Nicht nur die serologische, sondern auch die klinische Beobachtung läßt uns hier im Stich. Auf jeden Fall ist man vor schlimmen Erlebnissen nicht sicher, wenn man sich streng an die Vorschrift Fournier's hält. Wie die Salvarsanbehandlung alle diese Fragen noch umändern wird, ist noch nicht abzusehen. Daß in einer syphilitischen Ehe die Aborte und Fehlgeburten sowie die Erzeugung schwächlicher und ganz gesunder Kinder ganz regellos durcheinander gehen kann, ist sicher. Wir können uns das auch ganz gut damit erklären, daß das Syphilisgift im Laufe der Krankheit zuweilen ganz reichlich im Organismus verteilt ist und zu anderen Zeiten nur an einzelnen Schlupfwinkeln sich aufhält; so entstehen einmal mit Spirochäten infizierte, ein andermal konstitutionell geschwächte, aber nicht syphiliskranke Früchte. Deswegen ist auch die an sich verdienstvolle Arbeit von Kellner und Brückner über das Verhältnis von Idiotie, die auf Untersuchungen mittels der Serumreaktion basiert, in ihrem Gesamtresultat nicht beweisend. Und damit kommen wir auf die dritte Frage, die völkische Bedeutung der Syphilis. Diese ist sicherlich von allergrößter Bedeutung. Der Vortr. hat sie leider nur gestreift, und auch sonst weiß man noch wenig Positives über dies Gebiet.

Es ist unbedingt notwendig, zu erforschen, ob die Keimschädigung durch Syphilis durch Generationen hindurch die Familie und damit die Rasse schädigt oder nicht. Wir stehen hier vor der eigenartigen Tatsache, daß einerseits unsere Bevölkerung ganz ungeheuer mit Syphilis durchseucht ist, und daß wir andererseits diese Bekölkerung keineswegs als krank und degeneriert ansehen können.

Digitized by Google

Wir könnten daraus schließen, daß eben in letzter Linie doch die Syphilis im ganzen nicht so gefährlich ist, wie es im Einzelfall scheint. Dieser Schluß kann aber auch ganz falsch sein, denn es ist ebenso möglich, daß die Lues vom rassehygienischen Standpunkt eine so schwere Erkrankung bedeutet, daß sie zum Untergang der betreffenden Familien führt. Ich glaube zwar nicht, daß das das Gewöhnliche ist, aber es kommt sicher vor. Die Immunität bei Syphilis ist immer nur eine relative; besonders französische Autoren haben gezeigt, daß in jedem Stadium der Erkrankung die Einführung großer Virusmengen in die Haut zur Geschwürsbildung führt. Daß ich den Standpunkt der Herren Roesing und Delbanco nicht teilen kann, ist selbstverständlich.

Herr Matthaei (Schlußwort): Es ist auch heute trotz der neuzeitlichen Entdeckungen auf dem Gebiete der Syphilisforschung nicht möglich, eine absolut sichere Antwort auf die Frage nach der Abheilung der Infektion zu geben. Daher kann natürlich auch die Frage nach dem Ehekonsens nicht mit absoluter Sicherheit beantwortet werden. Es kann nur mit einer mehr oder weniger großen Wahrscheinlichkeit gerechnet werden, daß der Ehemann seiner Frau oder und seiner etwaigen Nachkommenschaft keinen Schaden zufügen wird. Diese Wahrscheinlichkeit wird um so günstiger für alle Beteiligten liegen, je weiter der Termin der Infektion zurückliegt, je intensiver und je länger die chronisch intermittierende Behandlung in dem Fournier-Neisser'schen Sinne durchgeführt worden ist. Wir werden wohl zu der Anwendung immer größerer medikamentöser Dosen der spezifischen Heilmittel kommen nach dem Vorgange der Syphilisheilung bei den Affen, bei denen die Heilung mehrmals gelang — ebenso wie die erneute Infektion —, wenn nur genügende Gaben angewendet wurden.

Die Gutartigkeit des Syphilisverlaufes scheint öfters zu täuschen, vielleicht wegen der bei ihr besonders lax angewandten Behandlung.

Mit dem Ausfall der Wassermann'schen Reaktion kann M. zurzeit noch nicht viel anfangen, wie eigene Beobachtungen dokumentieren. Negativer Ausfall bei klinisch manifesten Luessymptomen; negativer Ausfall aus dem Blute der Mutter bei positivem Ausfall aus dem Blute des Neugeborenen. M. kennt auch Fälle, in denen der Mann dauernd positiv reagiert bei vollkommen gesunder Frau und gesunder Deszendenz. Man wird daher auch hier sagen: Non liquet; man wird dauernd weiter beobachten müssen und wahrscheinlich erst nach Jahren definitive Schlüsse ziehen können, wie die Wassermann'sche Reaktion zu bewerten ist, auch bei der ärztlichen Zustimmung zur Eheschließung. Man wird aber bis jetzt sagen können, daß wohl alle Paralytiker positiv reagieren, es bekommen aber nicht alle positiv Reagierenden Paralyse oder schwere, zum Tode führende Gefäßerkrankungen.

Immerhin wird man eine erhöhte Aufmerksamkeit, wie schon früher gesagt, solchen Pat. zuwenden, immer wieder den Versuch machen müssen, die positive Reaktion in eine negative zu verwandeln, und darauf beruht ja schon ein Fortschritt in der Forschung der Syphilis.

Das Syphilisproblem harrt aber nach wie vor seiner endgültigen Lösung.

Sitzung vom 27. Mai 1913.

Vorsitzender: Herr Rüder; Schriftführer: Herr Schottelius.

Demonstrationen.

Herr Rüder demonstriert Diapositive des einen, in der letzten Sitzung vorgestellten Falles von Chondrodystrophie.

Digitized by Google

Herr Beck (a. G.) demonstriert einen Fall von Septikopyämie.

37jährige, mehrgebärende Pat. mit plattrachitischem Becken II. Grades wird von draußen (außerhalb der Klinik untersucht) mit vorzeitigem Blusensprung, Vorfall der pulslosen Nabelschnur eingeliefert. Muttermund 2 Querfinger offen, Metreuryse, Pituglandol, später Wendung und Extraktion. Schwere Blutung. Kochsalzinfusion und Analeptika.

Kurz nach dem Eingriff Schüttelfrost, der sich wochenlang fast täglich ein- bis mehrmals wiederholt. Aus Vaginalsekret und Blut anaerobe Streptokokken gezüchtet. Im weiteren Verlauf traten bei typisch thromboplebitischem Fieber Metastasen in der Lunge, Pleuritis exsudativa, die mehrfache Punktion erforderte, auf. Nach einem Krankenlager von 106 Tagen konnte Pat. wieder aufstehen.

Von einem chirurgischen Eingriff, der auch eine recht schlechte Prognose hat, mußte bei dem desolaten Zustand der Pat. abgesehen werden.

Herr Brütt (a. G.) demonstriert einen neuen Nabelverband, der sich im Eppendorfer Krankenhause sehr bewährt hat. Der Nabelschnurrest wird mit Alkoholwatte umwickelt, die Umgebung des Nabels mit Mastisollösung umstrichen und eine Gazestück aufgeklebt. Der Verband wird erst nach 4 Tagen entfernt.

Herr Roesing erwähnt eigene Untersuchungen, die ihm vor 25 Jahren ergaben, daß eine speziell durchgeführte Nabelbehandlung für die Heilerfolge bei größeren Serien irrelevant ist.

Herren Barfurth (a. G.) und Schottelius erwähnen die in der Krönigschen und anderen Kliniken durchgeführten Nabelbehandlungen ohne Unterbindung.

Herr Rüder betont die Vorzüge des Mastixnabelverbandes, der sich besonders für klinischen Betrieb eignet und bei guten Resultaten dem Pflegepersonal Arbeit erspart.

Herr Königer bespricht einen Fall von ausgetragener Drillingsschwangerschaft.

Diskussion: Herren May, Beck, Rüder, Lomer.

Herr Krieg (a. G.) hält darauf einen Vortrag über: Menstruation und Gravidität in ihren Beziehungen zu Gymnastik, Turnen und Sport.

Die Periode ist in ihrem Auftreten durchaus nicht so regelmäßig, wie die Damen im allgemeinen annehmen. Ihre Begleiterscheinungen, Stärke, Dauer und so weiter sind um so schwerer, je zarter und blutarmer das Individuum ist. Für Körperübungen ist die Zeit der Vorperiode wichtiger, wegen der Ansammlung des Blutes im Unterleibe und gleichzeitiger Blutleere des Gehirns, die Kopfschmerzen, Schwindel, selbst Übelkeit mit sich bringt. Dazu treten noch andere Erscheinungen, die insgesamt in protrahierter Form auch während der Pubertät zu konstatieren sind. Es wäre interessant, festzustellen, ob in den Entwicklungsjahren auch eine gewisse Periodizität der Beschwerden zu beobachten ist. Bei der Gravidität kommt zu den Beschwerden noch die Erschwerung durch die veränderte Gewichtsverteilung.

In der Pubertät macht auch der übrige Körper große Veränderungen durch. Wir haben mit einem vermehrten Längenwachstum zu rechnen, mit dem Aufsteigen des Herzens aus mittlerer Körperlage, mit einem Mißverhältnis zwischen Wachstum des Herzens und Zunahme der Aortenweite. Alles das bedingt eine erhöhte Arbeitsleistung des Herzens, die um so größer ist, in je kürzerer Zeit die Entwicklung abläuft. Die Folge der Tatsachen sind die so häufig beobachteten, sogenannten nervösen Herzstörungen.

Digitized by Google

Weder die vermehrte Herzarbeit, noch die veränderte Blutverteilung in der Pubertät und Vorperiode werden bei Turnen und Sport irgendwie berücksichtigt. Große Schwungübungen, bei denen die Zentrifugalkraft in Frage kommt, dürfen in diesen Zeiten nicht gemacht werden. Bei ihnen zeigt sich sehr oft Blässe und Schwindelgefühl. Kraftübungen sind an sich schon begrenzt. Sprungübungen können in leichterer Form ausgeführt werden, aber wie auch Laufübungen nur dann, wenn auf dem Ballen mit weichem Fußgelenk geübt wird. Das weibliche Geschlecht hat dasselbe Bewegungsbedürfnis, wie das männliche, aber nicht die gesunde Gelegenheit zur Ausführung, weil die Physiologie des Geschlechtes nicht berücksichtigt wird.

Freiübungen und jede Gymnastik können bei langsamer Ausführung jederzeit vorgenommen werden. Ungeübte sollen mit einfachsten Übungen beginnen. Für jede Körperübung der Frau sollte eine ruhige Gymnastik die Vorbildung sein. Die großen Turnabteilungen verhindern jede Individualisierung. Da das Schulturnen den Mädchen fast durchweg nicht bekommt, dispensieren die Hausärzte um so leichteren Herzens. Der Redner hat mit Freiübungen, die vereinzelt auch schneller ausgeführt werden, mit Laufübungen und Spielen dieselben gesundheitlichen Erfolge, wie andere mit Gerätturnen.

Wer schon längere Zeit Körperübungen getrieben hat, also gesund und kräftig ist, kann während der Gravidität dabeibleiben, soweit ästhetische Momente das zulassen. Bei dem Redner haben Damen bis zum 5. und 6. Monat geturnt mit bestem Erfolge für den Partus und das Kind. In Dänemark ist man darin vorangegangen. Jede Braut sollte sich durch eine richtig geleitete Gymnastik kräftigen.

Von den verschiedenen Sportarten wird eine ganze Reihe nicht geübt. Diejenigen, die im Sitzen ausgeübt werden, sind mit großer Vorsicht vorzunehmen, vor allem das Radeln, aber auch das Rudern und Reiten. Wenigstens in der Vorperiode. Sport während der Gravidität bringt, wie auch andere Schnelligkeitsübungen, nervöse Kinder. Jede Frau, die an Gymnastik, Turnen oder Sport herantreten will, soll sich erst von einem ärztlichen Sachverständigen beraten lassen.

Nach dem Vortrage läßt der Redner eine Reihe teils langsamer, teils schnellerer Übungen machen, die zum Teil recht schwierig sind, die aber alle bei richtiger und ruhiger Ausführung nicht schaden können.

Diskussion. Herr Rüder hält die Sprungübungen (Tauschlagen), die zumal bei gefüllter Blase leicht zu einer Retroversio uteri führen können, nicht für sehr zweckmäßig. Er fragt ferner, ob Dysmenorrhöen durch Turnen nach den Erfahrungen des Herrn Krieg gebessert seien.

Herr Deutschländer betont als Orthopäde den Wert langsam ausgeführter, einfacher Übungen, die nicht nur den Muskelapparat kräftigen, sondern auch einen wohltätigen Einfluß auf die Nerven ausüben.

Herr Roesing ist der Ansicht, daß die Stärkung der Muskulatur auch dem muskulären (aktiven) Aufhängeapparat des Uterus zugute kommt. Im übrigen scheinen ihm Übungen, die mit abwechselnder An- und Entspannung der Muskeln einhergehen, zur Beförderung der Blutzirkulation geeigneter als solche, die mit andauernder Spannung einhergehen.

Herr Barfurth (a. G.) bemerkt, daß i. a. langsame Übungen (Schwerathletik) die Muskeln stärken und ihren Ansatz fördern, schnelle (Leichtathletik) das Fett zum Schwinden bringen.

Herr Krieg (Schlußwort): Redner weist darauf hin, daß man mit gefüllter Blase oder gefülltem Magen überhaupt nicht turnen soll. Langsame, aber kraft-

Digitized by Google

voll ausgeführte Übungen sind die physiologisch wertvolleren, wenn es sich um Schaffung und Kräftigung der Muskulatur, die wieder Herz, Lunge und den übrigen Körper kräftigen, handeln soll; sie müssen aber mit schnelleren, geschmeidig machenden wechseln. Athleten können keine Schnelligkeitsübungen machen, Wettläufer keine Gewichte stemmen. Mit Stärkung der allgemeinen Muskulatur werde auch der Unterleib gekräftigt.

Zeitschriften.

2) Monatsschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. XXXVII. Hft. 6.

1) N. I. A. F. Boerma (Groningen). Beitrag zur Kenntnis der Einbettung des menschlichen Eies.

Verf. berichtet über ein junges menschliches Ei, das er bei einem spontanen Abort gewann. Auf die sehr eingehende histologische Beschreibung desselben kann hier natürlich in Form eines Referates nicht eingegangen werden, sondern es muß auf das Original verwiesen werden. Nur so viel sei gesagt, daß es sich um ein Eichen von ungefähr gleicher Größe, wie die vom Grafen v. Spee und von Siegenbeck handelte. Die Maße des Eies betrugen $6 \times 3 \times 2^1/_2$ mm. Die ganze gefüllte Eikugel hatte somit ungefähr einen Durchmesser von 4—5 mm. Der Raum um das Ei und zwischen den Zotten war ganz und gar blutleer und offenbar mit Lymphe gefüllt, ein Befund, der auch die Ansichten des Grafen Spee bestätigt. Sicher ist nicht immer das normale menschliche Ei von Blut umspült. Diese Anschauung fand Verf. auch bestätigt bei der Beobachtung von verschiedenen anderen, jungen Aborteiern, sowie einem Ei, welches ungefähr gleich groß wie das eben besprochene war. Die Ausfüllung der intervillösen Räume mit Blut während der Zeit vor der Placentarbildung gilt also nicht für alle menschlichen Eier. Welches in dieser Zeit das normale Ernährungsmedium ist, ob Blut, ob Lymphe, wird erst durch spätere Untersuchungen festzustellen sein.

2) E. Engelking. Intraligamentär entwickelte Eierstocksschwangerschaft. Ein Beitrag zur anatomischen Diagnose vorgeschrittener Fälle.

Verf. berichtet über einen Fall von intraligamentär entwickelter Ovarialschwangerschaft mit verwachsener, aber wohl erhaltener Tube und abgestorbener Frucht. Die Diagnose kann, was die Beteiligung des Eileiters angeht, durch mikro- und makroskopische Untersuchung desselben festgestellt werden, im übrigen vorwiegend per exclusionem. Die Ätiologie wird in einer Pelveoperitonitis gesucht, die möglicherweise durch eine entzündliche Erkrankung des Wurmfortsatzes veranlaßt wurde. Schwer ist oft die Differentialdiagnose jener vorgeschrittenen Fälle von Extrauterinschwangerschaft, bei denen durch die nachweisliche Beteiligung der Tube am Fruchtsack die Frage auftaucht, ob Gravidität des Infundibularteils der Fimbria ovarica, einer Tuboovarialcyste oder endlich des Ovariums vorliegt. Ist von dem abdominalen Tubenende so viel erhalten, daß durch makro- und mikroskopische Untersuchung ein wenn auch nur ungefähres Bild seiner Form gewonnen werden kann, so lassen sich dadurch zwei große Gruppen von Präparaten trennen. 1) Solche, in denen die Abdominalöffnung des Eileiters erweitert ist, die Fimbrien auseinander gedrängt und ihre Reste infolgedessen an eventuell weit voneinander entfernt liegenden Stellen der Außen- oder Innenfläche der Fruchtsackwand angetroffen werden, kurz, wo prinzipiell, wenn auch nur unter dem Mikroskop, ein der Burnier'schen Retortenform ähnliches Bild vorliegt. 2) Solche, bei denen der Eileiter entweder nur lose mit dem Fruchthalter verwebt, oder zwar

Digitized by Google

innigst mit ihm verwachsen und wohl gar von der Placentarwucherung arrodiert gefunden wird, jedoch stets in zusammengehaltener Form, eher eingeengt und platt gedrückt, als auseinander getrieben. Während sich bei der ersten Gattung leicht Schleimhautteile und Fimbrien finden, die eine dem Organ entgegengesetzte Richtung zeigen oder gar ihre Verbindung mit ihm durch das Wachstum des Sackes verloren haben, wird bei der zweiten der Eileiter stets oder doch meistens gestreckt bleiben und seine Reste in Zusammenhang oder, falls er über der Placenta liegt, wenigstens in der eingeschlagenen Richtung. Die erste Gruppe entsteht bei Gravidität im Abdominalteil der Tube, das ist das häufigere Vorkommnis; oder seltener bei Entwicklung in einer Ovarialtube bzw. Tuboovarialcyste. Liegt das zweite Bild dagegen vor, so kann es sich, vorausgesetzt, daß der Tumor überhaupt von einem Adnexorgan ausgeht, nur um Schwangerschaft im Ovarium oder in einer Tuboovarialcyste handeln, d. h. einer Cyste, in deren Hohlraum das Tubenende frei beweglich oder doch in seiner Totalität an einer Wand angelegt gefunden wird. Nach Ansicht des Verf.s ist eine solche Gravidität noch niemals beobachtet worden; es wird sich daher in der Regel um eine echte Eierstockschwangerschaft handeln. Die Tuboovarialschwangerschaft ist eine große Seltenheit, obwohl es nach den kasuistischen Berichten nicht so scheint. Aber nur ein Teil derselben besteht eine scharfe Kritik.

3) A. Liebeck. Das Tentamen abortus provocandi deficiente graviditate und seine rechtliche Bedeutung.

Ausführliche Besprechung der ganzen Frage, sowohl vom gynäkologischen wie vor allem in eingehendster Weise vom juristischen Standpunkt. Die Schlußsätze des Verf.s lauten gekürzt folgendermaßen: Bloße Vorbereitungshandlungen gehen straflos aus. Für den Versuch der Abtreibung ist eine besondere Eigenschaft des Täters, wie etwa beim Beamtenvergehen nicht erforderlich. Er ist daher auch bei fehlendem Objekt strafbar. Die Vollendung des Verbrechens ist infolge fehlender Frucht nicht denkbar. Der Versuch einer Abtreibung ohne Wissen oder Willen der vermeintlich Schwangeren ist strafbar. Bewußt untaugliche Mittel bewirken Straffreiheit. Entgelt macht stets nur Strafverschärfung. Idealkonkurrenz ist denkbar.

4) E. Vogt (Dresden). Hernia duodeno-jejunalis beim Säugling.

Bei der Symptomatologie dieses Krankheitsbildes ist von Bedeutung, daß sich in der linken Bauchseite eine Geschwulst von prallelastischer, fast cystischer Form und wechselnder Größe, mit intermittierendem Ileus und Schmerzlokalisation in der Gegend der Flexura duodenojejunalis entwickelt. Der Tumor enthält Darmschlingen und läßt zuweilen Peristaltik erkennen. Die Gefahr besteht im Auftreten von Inkarzerationserscheinungen. Unter normalen Verhältnissen ist die Fossa duodeno-jejunalis eine ganz flache, kaum nußgroße Bauchfelltasche. Ist sie kongenital tiefer und breiter, so kann sich im Verlaufe des extrauterinen Lebens eine Hernie ausbilden. Die Bruchpforte liegt auf der Wirbelsäule in der Höhe des III. Brustwirbels, links von der Medianlinie. Daß die Hernia duodeno-jejunalis auch einmal angeboren sein und schon vor der Geburt zu bedenklichen Erscheinungen führen kann, beweist der vom Verf. beobachtete Fall.

Männlicher Neugeborener, 47 cm lang, 2200 g schwer, erbricht jedesmal nach der Nahrung nicht nur Milch, sondern auch Galle; stirbt nach 4 Tagen. Sektion ergibt: Bei Eröffnung der Bauchhöhle zeigt sich ein faustgroßer, dünnwandiger Peritonealsack, dicht unter dem Magen und dem Colon transversum, links von der Wirbelsäule gelegen. Durch den Sack sieht man Dünndarmschlingen durchschimmern. Die Bruchpforte, der Rand des Recessus duodeno-jejunalis, ist scharf-

Digitized by Google

saumig und enthält ein Gefäß. Eine ausgesprochene Strangulation des ein- und abführenden Darmabschnittes ist nicht nachzuweisen. Das Netz ist gut entwickelt. Die Darmschlingen sind nicht miteinander verwachsen. Es handelte sich also um eine Hernia duodeno-jejunalis. Eine Diagnose konnte vor dem Tode nicht gestellt werden, weil es sich hier um den ersten beobachteten Fall bei einem Neugeborenen handelte. Die Kenntnis dieses seltenen Krankheitsbildes besitzt besonders wegen der Differentialdiagnose gegenüber dem Pylorospasmus besondere Bedeutung. Bei der Hernie tritt bereits am 1. Lebenstage bei natürlicher Ernährung das Erbrechen auf und beherrscht, da es unstillbar ist, das Krankheitsbild. Es besteht zum großen Teil aus Galle, da die Papilla Vateri oberhalb der Darmeinschnürung sich befindet. Beim Pylorospasmus ist das Erbrochene frei von Galle. Man fühlt den Magen sich steifen und aufbäumen und die Bauchwand sich vorwölben. Gelingt es dann noch, rechts neben der Medianlinie unter der Leber eine derbe, walzenförmige Geschwulst zu fühlen, welche dem verdickten Pylorus entspricht, so ist die Diagnose des Pylorospasmus sicher. Bei der Hernia duodeno-jejunalis sinistra wird man nur selten einen größeren Tumor fühlen, und zwar nicht rechts, sondern mehr links von der Wirbelsäule. Die Prognose des Pylorospasmus ist bei interner Behandlung gut, die der Hernie schlecht, da bei exspektativer Behandlung das Kind dem sicheren Tode durch Inanition oder Peritonitis verfallen ist. Sobald der Verdacht auf Hernie besteht, dürfte sich daher möglichst frühzeitige Probelaparotomie empfehlen.

E. Runge (Berlin).

Allgemeines über Karzinom und Uteruskarzinom.

3) **Charles Walker** und **Harold Wittingham.** **Der Einfluß allgemeiner peripherer Gefäßkontraktionen auf den Mäusekrebs.** (Lancet Vol. I. Nr. 15. 1913. März.)

Wassermann und Neuberg konnten durch intravenöse Einspritzung von Eosinselenpräparaten in den toxischen nahe gelegenen Dosen Einschmelzung von Mäusetumoren erzielen. Dies ist irrtümlich auf eine spezifische Zellwirkung bezogen worden. Die Hauptwirkung dieser Präparate ist eine periphere Gefäßkontraktion, die ihrerseits wieder eine Gefäßerweiterung und Überdruck im Tumor und damit Hämorrhagien und Erweichung erzeugt.

Die Verff. erzielten dasselbe durch intravenöse Einspritzung von Pituitrin und Ernutin (einem Ergotinpräparat), die beide eine Gefäßkontraktion veranlassen. Die Resultate bezüglich Hämorrhagien und Einschmelzung der Tumoren waren dieselben wie die von Neuberg und Wassermann. Die Zukunft wird derjenigen Therapie gehören, die eine Vereinigung eines gefäßkontrahierenden und so die Tumorgefäße dilatierenden und eines spezifisch auf die Zellen des Tumors einwirkenden Mittel darstellt. Hans Schlimpert (Freiburg).

4) **K. Packard** (Boston). **Ein möglicher Faktor bei der Entstehung des Krebses.** (Surgery, gynecology and obstetrics Vol. XVI. Nr. 2.)

Die krebsartigen Geschwülste sind mit zunehmender Kultur häufiger geworden und kommen auch heute noch bei höher zivilisierten Menschen in größerer Zahl vor, als bei primitiveren, bei Haustieren öfters als bei Tieren in der Wildnis. Diese nach seiner Ansicht feststehenden Tatsachen glaubt Verf. durch Analogien aus der Pflanzenpathologie erklären zu können. Alle Pflanzengeschwülste sind durch Parasiten bedingt. Sie kommen bei Pflanzen, die auf lange bebautem Boden wachsen, viel häufiger vor, als in der Vegetation unkultivierten Landes. Diese

Digitized by Google

relative Immunität der Pflanzen auf frischem Boden gegen Geschwulstinfektion führt Verf. auf den größeren Reichtum an Nährsalzen zurück. Analog wird auch für tierische Geschwülste eine parasitäre Ätiologie angenommen, gegen die eine weitgehende Immunität bestehen soll. Auch diese Immunität soll abhängig sein von dem Gehalt der Nahrung an Nährsalzen, d. h. Tiere und Menschen, die von primitiver tierischer oder pflanzlicher Kost leben, sind immun, während die Kulturmenschen und Haustiere durch die weitgehende künstliche Salzverarmung ihrer Nahrung für Krebsinfektion empfänglich sind. Diese Salzverarmung wird schon durch den Anbau des Getreides auf langkultiviertem, ausgelaugtem Boden bedingt, dann durch den Mahlprozeß, ferner durch die meisten unserer komplizierten Koch- und Zubereitungsmethoden von vegetabilischer wie animalischer Nahrung gefördert. Deshalb tritt Verf. für eine Reform unserer diätetischen Küche ein.

Robert Stern (Offenbach)

5) **J. L. Faure. Die chirurgische Behandlung des Collumkarzinoms.** (Arch. mens. d'obstétr. et de gynécol. 1912. Oktober.)

Die Lebenssicherheit der Wertheim'schen Operation ist sehr verschieden, je nach dem Stadium, in dem sich das Karzinom befindet. Handelt es sich um ein Karzinom, das im Entstehen ist, so bietet eine Wertheim'sche Operation kein größeres Risiko als eine Totalexstirpation wegen Myom. Dagegen sind die Chancen eines vorgeschrittenen Falles mit unbeweglichem Uterus usw. so wenig gute, daß man mit einer Operationsmortalität von 50 und mehr Prozent rechnen muß, bei ganz geringer Aussicht auf definitive Heilung, gegenüber einer primären Mortalität von ca. 5% bei der ersten Kategorie von Fällen. Wenn man alle Fälle, gute und schlechte, zusammen nimmt, so kann man nach F. für einen geübten Operateur, der auch vor komplizierten Fällen nicht zurückschreckt, die Operationsmortalität auf etwa 15% rechnen.

Bei den früh zur Operation kommenden Fällen ist die Heilung die Regel, das Rezidiv die Ausnahme. Bei den mittelschweren Fällen dürften etwa 50% definitiv geheilt werden. Bei der dritten Kategorie, den vorgeschrittenen Fällen, ist für die Pat., die die Operation überstehen, das Rezidiv die Regel, die definitive Heilung die Ausnahme. Die Gesamtzahl der geheilten Fälle schätzt F. auf 35—40% (was ja den tatsächlichen Zahlen geübter Operateure entspricht. Ref.).

Die erweiterte vaginale Totalexstirpation hat ihre Berechtigung nur in Ausnahmefällen, bei Kachektischen, sehr korpulenten Frauen usw.

Was die Technik der Laparotomie angeht, so ist F. ein Gegner der ausgedehnten Drüsensuche. Er begnügt sich damit, die zunächst gelegenen und leicht fühlbaren und vor allem die hypogastrischen Drüsen zu entfernen. Des weiteren empfiehlt der Verf. eine präliminare Unterbindung der beiden Hypogastricae, die in den meisten Fällen leicht auszuführen sei. Betreffs der Behandlung des Ureters steht F. auch auf dem Standpunkt, daß eine Resektion desselben fast nie nötig sei; er selbst hat nie eine solche ausgeführt. Die Absetzung des Tumors führt F. ohne vorherige Abklemmung der Scheide mit Wertheim'schen Klemmen aus; höchstens verwendet er das Bumm'sche Instrument.

Bei vorgeschrittenen Fällen hat F. eine Kombination von vaginalem — Beginn — mit abdominalem Vorgehen — Schluß der Operation — für praktisch gefunden.

Bei vier Fällen von Komplikation mit Gravidität, von denen zwei Rezidive bekamen, fand F. die Operation auffallend leicht.

Was endlich die Vorbehandlung vorgeschrittener Fälle mit Radium anlangt, so hat der Verf. neben wenigen günstigen Erfolgen nur Nachteile von diesem Verfahren gesehen; die Operation wird schwieriger dadurch, daß das pericervicale

Digitized by Google

Gewebe eine sklerotische Beschaffenheit annimmt, was das Freilegen des Ureters usw. natürlich erschwert. Dagegen hält F. eine Nachbehandlung der operierten Fälle mit Radiiumstrahlen für sehr nützlich. Engelmann (Dortmund).

6) **J. C. Neel** (Baltimore). **Resultate nach der Wertheim'schen Operation des Cervixkarzinoms.** (Surgery, gynecology and obstetrics Vol. XVI. Nr. 3.)

In der Kelly'schen Klinik wird das Cervixkarzinom ausschließlich mit abdominaler Radikaloperation behandelt. Die Technik ist die allgemein übliche. Zu erwähnen ist, daß bei der vorausgehenden Exkochleation und Kauterisation der Cervix regelmäßig der Halskanal dilatiert wird. Wird hierbei eine Pyometra festgestellt, so wird die Operation verschoben. Stets werden die Ureteren katheterisiert, wodurch ihre Präparation erleichtert wird. Bei sehr fettreichen Frauen wird nach der Inzision der Bauchdecken eine horizontale Lipektomie vorgenommen, wodurch das Operationsfeld viel besser zugänglich wird. Während der Nachbehandlung leistet die Fowler'sche Lagerung gute Dienste. Bei einer Operabilität von 54% wurden von 1900 bis 1912 136 Fälle operiert. Die primäre Mortalität betrug etwa 12%, die Dauerheilungen über 5 Jahre 20,3%.

Robert Stern (Offenbach).

7) **J. G. Clark** (Philadelphia). **Die abdominale Radikaloperation des Uteruskarzinoms.** (Surgery, gynecology and obstetrics Vol. XVI. Nr. 3.)

Auf Grund des Studiums der Literatur und eigener Erfahrung kommt Verf. zu dem Schluß, daß die erweiterte abdominale Radikaloperation zwar den höchsten Prozentsatz von Dauerheilungen erzielt hat, soweit sie von geübter Hand ausgeführt wurde, daß ihrer Einführung in die allgemeine chirurgische Praxis aber ihre Schwierigkeit und hohe primäre Mortalität im Wege stehen. Ihr Hauptvorteil besteht in der Möglichkeit, ein großes Stück der Scheide und der Parametrien mitzuentfernen. Dagegen erscheint eine ausgedehnte Drüsenexstirpation von geringem Wert. Für die Allgemeinpraxis ist vorläufig noch die einfache vaginale Hysterektomie oder die hohe Cervixamputation mit ausgedehnter Kauterisation vorzuziehen, bis das abdominale Verfahren einfacher und weniger gefährlich geworden ist. Robert Stern (Offenbach).

8) **G. Gellhorn** (St. Louis). **Die erweiterte vaginale Operation des Cervixkarzinoms.** (Surgery, gynecology and obstetrics Vol. XVI. Nr. 3.)

Beschreibung der Schauta'schen Methode der erweiterten vaginalen Uterusexstirpation. Da auch hierbei eine ausgedehnte Entfernung parametranen Gewebes möglich ist, muß diese vaginale Operation ihren Platz neben der abdominalen behaupten. Der Drüsenentfernung ist für die Verbesserung der Dauerresultate nur ein geringer Wert zuzuschreiben. Der geringeren Operabilität bei vaginalem Vorgehen steht die größere Lebenssicherheit des Verfahrens gegenüber. Beide Methoden sollen sich nicht bekämpfen, sondern sich ergänzen. Bei alten, fettreichen, kachektischen oder herzkranken Pat. ist die vaginale Operation vorzuziehen. Bei beginnenden Karzinomen sind beide Verfahren gleichwertig, und zwar ist dann bei Plattenepithelkarzinomen der vaginale, bei Adenokarzinom der abdominale Weg zu wählen. Bei weiter vorgeschrittenen Fällen ist stets dem Versuch mit abdominaler Operation der Vorzug zu geben. Stern (Offenbach).

9) **Th. S. Cullen** (Baltimore). **Die Radikaloperation des Uteruskarzinoms.** (Surgery, gynecology and obstetrics Vol. XVI. Nr. 3.)

Besprechung der Technik und Empfehlung der erweiterten abdominalen Radikaloperation, die trotz ihrer großen Gefahren die besten Dauerresultate verspricht. Robert Stern (Offenbach).

Digitized by Google

10) **T. Abbe** (Washington). **Wie können wir die Resultate unserer Krebsoperationen bessern?** (Surgery, gynecology and obstetrics Vol. XVI. Nr. 2.)

Zur Besserung der sehr schlechten Operationsresultate ist eine strengere Auswahl der operabeln Fälle und möglichst radikales Verfahren bei der Operation erforderlich. Zur Ermöglichung der Frühoperation ist weitere Förderung unserer diagnostischen Methoden, entsprechende Schulung der Ärzte und vor allem Erziehung des Publikums nötig, das am besten an regelmäßige, halbjährliche gynäkologische Untersuchung aller Frauen im Karzinomalter zu gewöhnen wäre.

Robert Stern (Offenbach).

11) **W. Weibel** (Wien). **Die erweiterte abdominale Radikaloperation des Uteruskarzinoms.** (Surgery, gynecology and obstetrics Vol. XVI. Nr. 3.)

Bericht über 675 operierte Fälle der Wertheim'schen Klinik und Beschreibung der Technik. Zur Berechnung der Resultate werden nur die vor mehr als 5 Jahren operierten und die in der gleichen Zeit inoperabel befundenen Fälle herangezogen. Dabei ergibt sich, daß von allen zur Beobachtung gekommenen Fällen 19,5% dauernd geheilt wurden, von den operierten 43% und von den die Operation Überlebenden 53%. Die primäre Mortalität ist allmählich von 30% auf 9% herabgegangen. Robert Stern (Offenbach).

12) **H. Violet** (Lyon). **Operation nach Wertheim.** (Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. 8. Jahrg. Nr. 3.)

Cervixkarzinom, ausgebreitet im Lig. lat. mit Einschluß des Ureters und der korrespondierenden Blasenpartie. Ligatur des Ureters und Blasenresektion; sekundäre Vesikovaginalfistel, Heilung derselben durch eine zweite Operation; rezidivfrei bis jetzt seit einem Jahre. Hohl (Bremerhaven).

13) **X. O. Werder** (Pittsburg). **Die Kauterisation bei der Radikalbehandlung des Cervixkarzinoms.** (Surgery, gynecology and obstetrics Vol. XVI. Nr. 3.)

Verf. empfiehlt die Igniexstirpation des Uterus, die er früher nur vaginal, später kombiniert vaginal-abdominal ausführte. Die Technik ist im einzelnen im Original nachzulesen. Ihre Vorteile vor der Operation mit dem Messer sieht der Autor in exakterer Blutstillung, Sterilisation der Schnittflächen, Zerstörung der Infektionserreger in den Parametrien durch einen »Kochprozeß« der Gewebe, wodurch gleichzeitig auch die Möglichkeit der Vernichtung von Krebszellen in den Geweben bestehen soll. Bei einer Operabilität von 38% wurden so 78 Fälle operiert mit einer primären Mortalität von 5,1%, wobei kein Fall an Infektion gestorben ist. 5 Jahre nach der Operation lebten noch 46% der Operierten. Da aber mehrere Fälle noch nach dem 5. Jahre an Rezidiv erkrankten, berechnet Verf. die Dauerheilungen auf $33^1/_3$%. Die übliche Fünfjahrgrenze hat sich somit zur Sicherstellung der Dauerheilung als zu niedrig erwiesen. Daher sollten auch andere Autoren bei ihren Operationsstatistiken eine längere Rezidivfreiheit fordern. Robert Stern (Offenbach).

14) **Dickinson** (Brooklyn). **Diskussion zur Arbeit von Werder über die Kauterisation bei der Radikalbehandlung des Cervixkarzinoms.** (Surgery, gynecology and obstetrics Vol. XVI. Nr. 3.)

Verf. empfiehlt die Igniexstirpation, zieht aber vaginales Operieren vor, wobei ebenfalls genügend Parametrium mitentfernt werden kann. In leichteren Fällen genügt sogar die typische Byrne'sche Operation, bei der mit dem Galvanokauter nur eine hohe Cervixamputation mit Exstirpation eines kegelförmigen Stückes

Digitized by Google

des Korpus ausgeführt wird. Die Spitze des Kegels kann eventuell bis zum Fundus reichen, so daß dann die ganze Uterusschleimhaut exstirpiert ist. Ob dann nachträglich noch der Fundus selbst und die Ovarien entfernt werden, erscheint dem Verf. unwesentlich. Robert Stern (Offenbach).

Harnorgane.

15) **A. Schüpbach** (Bern). **Zur Kenntnis der sog. essentiellen Hämaturie.** (Zeitschrift für urologische Chirurgie I. p. 270.)

S. bespricht die bisherigen Erklärungsversuche der essentiellen Hämaturie von Senator, Klemperer und Israel und teilt drei Fälle mit. In einem Falle erfolgte die Massenblutung aus den Nieren, dem Nebenbecken, den Harnleitern und der Blase; ätiologisch lag hämorrhagische, parenchymatöse und interstitielle Nephritis vor. Im zweiten Falle ergab die Untersuchung von Probeexzisionen, die während der Nephrektomie gemacht wurden, keine Anhaltspunkte für eine genügende Erklärung der Blutung. Erst die Untersuchung der später exstirpierten Niere, die in Stufenschnitten das ganze Organ der mikroskopischen Erforschung zugänglich machte, deckte in einer Papille typische tuberkulöse Veränderungen auf, die die Ätiologie der Blutung klärten. Im letzten Falle konnte trotz genauester Untersuchung der Nachweis irgendwelcher anatomischer Ursachen für die Nierenblutung nicht geführt werden. Hier mußte die Verlegenheitsdiagnose »essentielle Hämaturie« gestellt werden.

Verf. gelangt zur Überzeugung, daß aus den vielfach bisher mitgeteilten, geringfügigen nephritischen Veränderungen zu weitgehende Schlüsse hinsichtlich der Ätiologie der Blutungen gezogen wurden, und daß von den fast 200 bisher publizierten Fällen nur ganz wenige wirklich als essentielle Hämaturien zu deuten sind, während die meisten Fälle wegen ungenügender Untersuchung, die nicht das ganze Organ umfaßte, von einer kritischen Beurteilung ausgeschlossen werden müssen. B. Ottow (Dorpat).

16) **M. Penkert** (Halle). **Zur einseitigen und doppelseitigen Nierenenthülsung.** (Med. Klinik 1913. Nr. 9.)

Kasuistische Beiträge zur Frage der Nierenenthülsung. Der erste Fall betraf Verwachsungen in der Umgebung der Niere, die durch Fibrolysininjektionen entstanden waren. Der zweite eine Gravida mit sehr hohem Eiweißgehalt des Urins, eklamptischem Anfall vor der Entbindung und nachfolgender, sehr starker Niereninsuffizienz. Nach völligem Versagen aller internen Therapie erfolgte die doppelseitige Entkapselung der Niere. Alsbaldiges Absinken des Albumengehalts des Urins von 30% auf $^1/_4$%. Völlige Wiederherstellung im Laufe einiger Monate. P. empfiehlt deshalb die Operation in Fällen, in denen alle interne Therapie versagt. H. Köhler (Kiel).

17) **Guy L. Hunner** (Baltimore, Maryland). **Die Behandlung der Pyelitis.** (Transact. of the Southern surg. and gyn. assoc. Vol. XXIV. 1912. p. 429.)

Die Arbeit bringt nach einer übersichtlichen Darstellung der zahlreichen, nicht infektiösen und infektiösen Ursachen der Pyelitis eine sehr sorgfältige Kasuistik von 26 Fällen, auf die im Rahmen des Referates nicht eingegangen werden kann.

Niemals sollte die Behandlung begonnen werden, ehe nicht die Ätiologie möglichst aufgeklärt ist. Die Behandlung darf nicht mit subjektivem Wohlbefinden aufhören, sondern erst dann, wenn der Harn frei von Bakterien und

Digitized by Google

Eiter ist. Abgesehen von den akuten Fällen, findet man selten viel Eiter; die Anwesenheit von Zylindern beweist eine Beteiligung des Nierenparenchyms. Die subjektiven Symptome können auch bei bloßer Bakteriurie sehr ausgesprochen, umgekehrt bei reichlicher Eiterabsonderung sehr gering sein.

Viele Fälle von Pyelitis heilen unter rein medizinischer Therapie: Bettruhe, Wärme, reizlose Kost, reichliche Flüssigkeitszufuhr, Sorge für regelmäßige Darmentleerung. Senfteigüberschläge, heiße Kataplasmen sollen gut wirken. Urotropin gebe man nicht länger als 10 Tage. Um die Wachstumsbedingungen für Bakterium coli zu erschweren, empfiehlt sich nach den neuesten Untersuchungen von Koll im Gegensatz zu früheren Ansichten eine Ansäuerung des Harns.

Alle Fälle, die auf diese Behandlung nicht reagieren, sind der Spülbehandlung zuzuführen, wozu 2%iges Alumen aceticum, 25%iges Argyrol, 1‰iges Argentum nitricum empfohlen werden. Besteht irgend ein Abflußhindernis im Ureter, dann muß dieses in erster Linie beseitigt werden. Jaschke (Gießen).

18) **Wilh. Baetzner (Berlin). Beitrag zur Kenntnis der Pyelitis granulosa.** (Zeitschrift für urolog. Chirurgie I. p. 285.)

Mitteilung eines eigenen Falles (34jähriger Mann). Das Nierenbecken zeigte makro- und mikroskopisch das für die Pyelitis granulosa typische Verhalten. Weitere 6 Fälle (darunter 3 Frauen) aus der Literatur werden auszugsweise mitgeteilt.

Frisch sah in dieser Nierenbeckenerkrankung ein selbständiges Krankheitsbild, das klinisch durch abundante, intermittierende Blutungen, pathologisch-anatomisch durch die Knötchenbildung charakterisiert ist; ätiologisch schien Gonorrhöe eine Rolle zu spielen.

Dieser Auffassung kann sich Verf. nicht anschließen, er beobachtete keine Blutung, nur Pyurie, und kommt zur Überzeugung, daß die Pyelitis granulosa klinisch kein selbständiges, einheitliches Krankheitsbild darstellt. Es handelt sich vielmehr um einen pathologisch-anatomischen Befund, der durch umschriebene, knötchenförmige, kleinzellige Infiltrationen charakterisiert ist und eine spezielle Entzündungsform der Harnwege darstellt, die scheinbar mit Typhus abdominalis ätiologisch in Zusammenhang steht. Ähnlichkeit mit Tuberkulose ist ausschließlich nur im makroskopischen Befunde gegeben, die mikroskopische Untersuchung bietet keinerlei Anhaltspunkte für eine solche Auffassung.

B. Ottow (Dorpat).

19) **Hagedorn (Görlitz). Cystenniere und Ureterverschluß.** (Zeitschrift für urolog. Chirurgie I. p. 264.)

Kasuistische Mitteilung: 58jährige Frau wurde vor 35 Jahren durch Kaiserschnitt entbunden; 5 Jahre nach der Sectio wurde ihr wegen Narbenfistel der Uterus entfernt. Seit 9 Jahren leidet Pat. an Schmerzen links unter dem Rippenbogen, jetzt Aufnahme wegen großem, prallelastischem, knolligem Nierentumor derselben Seite.

Cystoskopisch wird weitgehende Asymmetrie des Blasenbodens festgestellt. Der rechte Ureter ist in die linke Blasenhälfte disloziert, agiert normal, während der linke Ureter cystoskopisch keine Funktion erkennen läßt. Der Ureterenkatheterismus erweist links in der Höhe von 5 cm eine völlig abschließende Harnleiterstenose. Am nächsten Tage nach dem Ureterenkatheterismus wird spontan eine große Menge blutigen Harns entleert, worauf die Untersuchung eine bedeutende Verkleinerung der linkseitigen Geschwulst erkennen ließ.

Auf die Diagnose »Hydronephrose« hin erfolgte jetzt Nephrektomie, die jedoch eine Cystenniere zutage förderte. Wundheilverlauf anfangs gut. Am

Digitized by Google

17. Tage p. operat. hohes Fieber, Schüttelfrost, Anurie und Bildung eines kindskopfgroßen, höckerigen Tumors unter dem rechten Rippenbogen. Der Ureterkatheter läßt sich ungehindert bis in das rechte Nierenbecken einführen, trotzdem Anurie. Letztere ist durch plötzliche Insuffizienz der rechten, ebenfalls cystisch degenerierten Niere zu erklären. Nach Punktion der rechten Niere von der Flanke aus, bessert sich der Zustand, es stellt sich wieder Harnsekretion ein. Entlassung.

Verf. erklärt den Ureterverschluß durch weitgehende Narbenschrumpfungsprozesse im Anschluß an die beiden Laparotomien; hierdurch war auch die asymmetrische Verziehung des Blasenbodens bedingt. Die Anurie erfolgte, weil die rechte, ebenfalls cystisch degenerierte Niere nicht imstande war, kompensatorisch die doppelte Harnsäureausscheidungsarbeit anfangs zu übernehmen.

B. Ottow (Dorpat).

20) **Louis Frank und Leon Baldauf (Louisville, Kentucky). Resultate der Unterbindung eines Ureters.** (Transact. of the Southern surg. and gyn. assoc. Vol. XXIV. 1912.)

Schöne, experimentelle Arbeit mit sorgfältigen Untersuchungen. Die Ergebnisse der an Hunden angestellten Experimente sind:

1) Die Unterbindung eines Ureters ist von primärem Hydroureter und Hydronephrose gefolgt, die schließlich zur Druckatrophie des Nierengewebes führt.

2) Nicht selten folgt infolge der Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit der Niere und der veränderten Zirkulationsverhältnisse der Ureterunterbindung die Lokalisation einer Infektion mit eventueller Vereiterung in der Niere.

3) Der größte Einfluß wird durch die Unterbindung auf die Tubuli ausgeübt, die Glomeruli scheinen nur wenig verändert, und zwar nur infolge des Druckes bei der Atrophie der Niere.

4) Pyelo- und Pyonephrose können in solchen Nieren auf hämatogenem Wege sich entwickeln.

5) Die Tiere scheinen durch beträchtliche Hydro- und selbst Pyonephrosen kaum belästigt.

6) Die Nierenausschaltung durch Ureterligatur ist nach den vorhergehenden Tatsachen nicht ungefährlich und besser durch Nephrektomie zu ersetzen.

7) Ureterfisteln heilen zuweilen auch spontan durch Vernarbung und Verschluß des Ureters mit folgender Nierenatrophie. Jaschke (Gießen).

21) **L. Buerger (Neuyork). Pathologie und Therapie des kallösen Blasengeschwürs.** (Med. record 1913. Nr. 15. p. 656.)

Als Therapie bei chronischen, kallösen Blasenulcera empfiehlt B. die endovesikale Entfernung des Geschwürs mit dem von ihm angegebenen Operationscystoskop, da lokale Kauterisation das tiefliegende, entzündlich infiltrierte Gewebe nicht beeinflussen kann. Auch Fulguration hat sich aus dem gleichen Grunde nicht bewährt. Die Oberfläche des Geschwürs ist oft mit Inkrustationen bedeckt, so daß radikale Entfernung die einzig wirkungsvolle Therapie darstellt. Auch zur Sicherung der Diagnose bzw. Ausschluß maligner Prozesse empfiehlt sich das wenig eingreifende, endovesikale Verfahren, das durch ausführliche Wiedergabe zweier Krankengeschichten erläutert wird. Schottelius (Hamburg).

22) **Julius Heller (Charlottenburg-Berlin). Pseudotrichiasis der Blase und Pilimiktion.** (Zeitschrift für Urologie VII. p. 1.)

Im Anschluß an einen eigenen Fall stellt Verf. die in der Literatur zerstreute Kasuistik zusammen.

Für die Frau wird in einer Tabelle über 11 Fälle von Durchbruch von Ovarialcysten in die Blase, über 16 Fälle von Kommunikation von Dermoidcysten mit

Digitized by Google

der Blase und gleichzeitigem Befund von Haaren in Blasensteinen, Blasenfisteln oder im Innern der Harnblase und über 16 Fälle (darunter einige zweifelhafte) von klinisch konstatierter Pilimiktion berichtet.

Die Trichiasis der Blase ist bei Frauen bisher immer auf ein Ovarialdermoid zurückzuführen gewesen. Die Therapie soll daher eine chirurgische sein und in der Entfernung der Eierstocksgeschwulst bestehen. Intravesikale Entfernung der Haare und der sekundär um sie entstandenen Steine, hat nur vorübergehenden Erfolg und ist bald von Rezidiven gefolgt. B. Ottow (Dorpat).

23) **Zörkendorfer (Marienbad). Marienbad als urologische Heilstätte.** (Prager med. Wochenschrift 1913. Nr. 16.)

Empfehlung der Rudolfsquelle bei urologischen Leiden.

Piering (Prag).

Peritoneum und Netz.

24) **Momburg (Bielefeld). Die intraperitoneale Ölanwendung.** (Deutsche med. Wochenschrift 1913. Nr. 12. p. 556.)

Verf. berichtet über 16 Fälle, bei denen er Kampferöl in 1%iger Lösung angewandt hat, und zwar 2mal bei bestehender Peritonitis, 13mal prophylaktisch postoperativ und 1mal kurz vor der Operation.

Auf Grund seiner Erfahrungen warnt er vor der weiteren intraperitonealen Ölanwendung. Die Ölinjektion, in jeder Anwendung, bedingt eine Schädigung des Organismus, die besonders bei geschwächten Kranken von entscheidender Bedeutung sein kann. Der Nutzen, den das Öl bringen soll, ist problematisch und seiner Ansicht nach nicht ins Gewicht fallend gegenüber dem Schaden. Dagegen verwirft Verf. nicht ganz den einfachen Ölanstrich der Operationsstelle und deren näherer Umgebung, ohne jeden Überschuß von Öl, im Falle einer offenkundigen Beschmutzung durch Magen- oder Darminhalt. Aber er möchte diesen Ölanstrich nur für kräftige Kranke reserviert wissen.

Die prophylaktische Ölanwendung nach Hoehne hat Verf. nicht versucht. Er glaubt aber trotzdem mit Rücksicht auf die Erfahrungen Noetzel's, auch davor warnen zu dürfen. Behne (Kiel).

25) **Joseph E. Adams. Peritoneale Verwachsungen. (Eine Experimentalstudie.)** (Lancet Vol. I. Nr. 10. 1913. März. p. 663.)

Experimente an Kaninchen und Meerschweinchen.

1) Nichtinfektiöse Verwachsungen.

Werden mit Laparotomien sterile Tupfer in die Bauchhöhle von Meerschweinschen gebracht, so entstehen stets Verwachsungen zwischen dem Tupfer und dem Netz, meist nicht mit dem Darme. Eine wichtige Rolle beim Zustandekommen der Verwachsungen spielt die Peristaltik. Bildeten sich Darmverwachsungen, so hingen diese meist mit dem Dünndarm, nur selten mit dem Dickdarm infolge seiner geringeren Peristaltik zusammen.

Bei seitlich durchbohrten Drainageröhren waren diese Öffnungen nach 24 Stunden mit neugeformtem Gewebe, das Fibrin, zahlreiche rote Blutkörperchen und degenerierte, granuläre Leukocyten enthielt, verschlossen. Die Drainage der freien Bauchhöhle hat daher keinen Sinn. Die Anwesenheit eines Drains begünstigt sogar das Durchwandern von Bakterien vom Darmlumen nach der Bauchhöhle. Blutungen in die Bauchhöhle vermögen keine Verwachsungen zu erzeugen.

Das beste Mittel, nichtinfektiöse Verwachsungen zu erzeugen, ist die Ein-

Digitized by Google

führung steriler Fremdkörper. Die anderen Methoden sind nicht so sicher, z. B. Skarifikation des serösen Organüberzuges oder des parietalen Peritoneums, oder die Injektionen von Sand und Kalk. Auch die Einführung von Scharlachrot erzeugte keine Verwachsungen. Werden ausgedehnte Bezirke des Magens oder Dickdarms von der Serosa befreit, so bilden sich Netzverwachsungen, wenn diese Fläche innerhalb der Exkursionsbreite des Netzes liegt. Das Netz befördert die Heilung von Serosadefekten in der Bauchhöhle, indem es sich an diese anlegt. Die vom Netz gelieferten Verwachsungen sind fibröser Art und können sich später wieder lösen. Diese Fähigkeit des Netzes hängt von seiner Beweglichkeit ab. Wird das Netz von seiner Basis abgetragen und frei in der Bauchhöhle gelassen, so rollt es sich zu einem Ball auf; ohne von Blut versorgt zu werden, kann es lediglich durch die Peritonealflüssigkeit in der es schwimmt, ernährt werden.

2) Infektiöse Verwachsungen.

Es wurden Wattetupfer, die mit Aufschwemmungen von Agarkulturen von Staphylokokkus oder Bacillus coli getränkt waren, eingeführt. Stets entstand eine Mischinfektion. Die Infektion in Reinkultur mit dem eingeführten Keim schädigt die Darmwand und macht so den Durchtritt von im Darminnern vorhandenen Keimen möglich. Bei der Behandlung peritonealer Verwachsungen erweisen sich die Applikationen körperfremder Stoffe zur Deckung von Serosadefekten und ebenso die Verwendung von Gleitmitteln, wie steriles Öl und Fettmischungen zur Schlüpfrigmachung der Serosaoberfläche als nutzlos. Die besten Erfolge gab das Aufnähen einzelner losgelöster Netzstücke, speziell zur Deckung rauher Uterusstümpfe (Kaninchenversuche). Beim Menschen könnte vor allem bei Enteroanastomosen von dieser Methode Gebrauch gemacht werden.

Hans Schlimpert (Freiburg).

28) **Robert T. Morris** (Neuyork). **Peritoneale Adhäsionen infolge toxischer Wirkung der Colibakterien.** (Med. record 1913. Nr. 15. p. 645.)

Peritoneale Membranen und Knickungen, die in Amerika von Jacksons und Lane beschrieben sind, will M. auf toxische Einflüsse der Bakterienflora des Coecums, speziell bei Stagnationen des Darminhalts zurückführen. Auch Allgemeinerkrankungen, wie Neuritis, Migräne, Arteriosklerose und Psychosen, dürften nach M.'s Ansicht in manchen Fällen durch Intoxikation des Organismus vom Darmkanal aus zu erklären sein. Um derartige Einflüsse zu vermeiden, hat M. mit gutem Erfolg Kolon und Transversum durch Kolo-Sigmoideo- oder Ileo-Sigmoideoanastomose ausgeschaltet. Schottelius (Hamburg).

27) **J. Lovrich** (Budapest). **Was verträgt das Peritoneum, was nicht?** (Orvosi Hetilap 1912. Nr. 30 u. 31.)

Nach einer Rekapitulation von Bumm's ähnlichem Vortrag und Schilderung der neuesten Mitteilungen vom Gebiete der Bauchchirurgie gibt uns L. ein Bild des Operationsverfahrens an der I. Frauenklinik in Budapest. Es werden durch Hitze sterilisierte Handschuhe, Kappen und Masken benutzt. Das Nahtmaterial ist möglichst dünnes Catgut. Zur Bauchdeckendesinfektion wird Alkohol-Azeton und Jodanstrich benutzt. Bei leisestem Verdacht auf Infektion des Bauchfells wird dieses durch die Scheide oder die Bauchdecke mit Jodoformgaze drainiert. Nach 24 Stunden wird die Peristaltik durch Glyzerinklysma angeregt. Die Kranken stehen am 8.—10. Tage auf. — Von 101 vaginalen Köliotomien verlor die Klinik 6 (5,9%); von 859 abdominalen 74 (8,6%), wobei alle Fälle, auch Probelaparotomien bei unheilbaren Tumoren, und alle Todesfälle (Herzschwäche, Embolie usw.) mit-

Digitized by Google

inbegriffen sind. — Mit den Erfolgen der Drainagebehandlung ist L. sehr zufrieden; es konnten so für verloren gehaltene Frauen noch gerettet werden.

Temesváry (Budapest).

28) **Paul Hüssy. Ein Fall von tödlicher Peritonitis nach Laminariadilatation.** (Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 17.)

Es ist nachgewiesen, daß die Einlegung von Laminariastiften entzündliche Erscheinungen an den Tuben hervorruft. Die Ursache sind wenig virulente Eitererreger, die von der Uterushöhle in die Eileiter gelangen, entweder direkt oder auf dem Lymphwege. Die Feststellungen wurden gelegentlich der Tubensterilisation erhoben, die im Anschluß an einen durch Laminariastift eingeleiteten Abortus vorgenommen wurde (Schridde, Amersbach, Aschoff). v. Herff hat in der richtigen Erkenntnis dieser Tatsache immer die Laminariadilatation verworfen. Er bedient sich nur der Hegar'schen Metalldilatatoren.

Im vorliegenden Falle waren die Keime, welche von der Uterushöhle nach den Tuben weiterdrangen, hämolytische Streptokokken mit äußerst virulentem Verhalten.

Frickhinger (München).

29) **A. Neumann (Berlin-Friedrichshain). Weitere Erfahrungen mit der Verwendung der Netzmanschette, insbesondere bei der Behandlung des perforierten Magen- und Duodenalgeschwürs.** (Deutsche med. Wochenschrift 1913. Nr. 12. p. 554.)

Verf. hat 1909 eine Operationsmethode des kallösen, perforierten Magen- oder Duodenalulcus in der Nähe des Pylorus, bei dem eine Verengerung des Pylorus bestand oder zu befürchten war, angegeben. Die Methode bestand kurz in folgendem: Einführung eines Drains in die Perforationsöffnung. Das eine Ende wird bei perforiertem Magenulcus durch den Pylorus hindurch in das Duodenum geführt, das andere Ende durch die freie Bauchhöhle und die Bauchdeckenwunde nach außen geleitet. Bildung einer breiten Netzmanschette durch Einnähung des die freie Bauchhöhle durchziehenden Drainteiles in einen Netzlappen. Fixierung des einen Randes dieser Netzmanschette durch Nähte rings um die Perforationsöffnung am Duodenum bzw. Magen. Fixierung der gegenüberliegenden Netzfläche in situ durch eine zweite Reihe von Nähten. Ausspülung der Bauchhöhle. Einnähen des vorderen Randes der Manschette in die Bauchdeckenwunde.

Jetzt berichtet Verf. über seine Erfahrungen an 13, nach der angegebenen Methode operierten Fällen. Er empfiehlt die Verwendung der Operationsmethode auch bei der transduodenalen Hepaticusdrainage, bei hoch an der Cardia sitzenden, perforierten, kallösen Magengeschwüren und vor allem bei der Gastrostomie wegen Ösophaguskarzinom.

Behne (Kiel).

Allgemeine Geburtshilfe.

30) **Emil Abderhalden (Halle a. Saale.) Zur Frage der Spezifizität der Schutzfermente.** (Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 9.)

Es war a priori nicht anzunehmen, daß durch das Eindringen von Chorionzottenepithelien in das mütterliche Blut spezifische Fermente gebildet werden. Denn die ursprünglichen Versuche hatten gezeigt, daß parenterale Zufuhr von blutfremden Stoffen nicht zur Bildung von streng spezifischen Fermenten führt. Wenn trotzdem nachgewiesen werden konnte, daß das Serum von Schwangeren regelmäßig Placentapepton abbaut, und wenn es sich zeigte, daß solche Fermente zu jeder Zeit der Schwangerschaft anzutreffen sind, während andere proteolytische Fermente nicht gefunden werden konnten, so war es doch ausgeschlossen, daß

Digitized by Google

das Losreißen von Chorionzottenzellen als Ursache oder wenigstens als einzige Ursache der Fermentsekretion in das Blut hinein anzusprechen ist. A. stellte sich vor, daß das Eingraben der fötalen Placenta in das mütterliche Gewebe — speziell die Bildung der intervillösen Räume — und ferner auch Störungen im Stoffwechsel der verschiedensten Zellen der mütterlichen Placenta und der Nachbargewebe die Bildung der Schutzfermente veranlasse. Von diesem Gesichtspunkt aus ist es sehr wohl denkbar, daß auch andere Prozesse als die Schwangerschaft zur Bildung der gleichen Schutzfermente führen, z. B. ein Uteruskarzinom. Auch Störungen während der Schwangerschaft, wodurch von irgend einem Organ aus ungenügend abgebautes Material dem Blute zugeführt wird, können Schutzfermente veranlassen. Deshalb kann die Frage nach der streng spezifischen Wirkung der Schutzfermente nur vom Kliniker entschieden werden.

Wenn auch die Serodiagnostik der Schwangerschaft derart sichere Resultate ergibt, daß es möglich war, ca. 30 Differentialdiagnosen zwischen Extrauteringravidität und Adnextumoren zu stellen, so kam doch eine unaufgeklärt gebliebene Ausnahme vor. Vor und nach der Operation ergab das Dialysierverfahren deutlich positive Reaktion. Bei der Operation fand sich Salpingitis. Die Menstruation blieb aus, Kolostrum trat auf und der Uterus erwies sich als vergrößert. Deshalb wurde auch klinisch die Diagnose auf intrauterine Gravidität gestellt. Bei einer späteren Vorstellung war der Uterus aber wieder klein. Wenn man nun einen Abortus ausschließen will, so müßte angenommen werden, daß »die Zellen des Uterus in einem Zustand der Lösung sich befanden und Stoffe an das Blut abgaben, die diesem fremd waren«.

Die Erfahrung hat gelehrt, daß die von A. angegebenen Vorschriften nicht immer exakt ausgeführt wurden. Der Verf. weist darauf hin, daß jede Einzelheit der Vorschriften von Bedeutung ist. Eindeutige Resultate können nur erlangt werden, wenn die Untersuchungen unter der von A. genau festgelegten »verschärften Bedingung« ausgeführt sind. Diese bezieht sich vor allem auf die einwandfreie Beschaffenheit der angewandten Organe: Vollkommene Blutleere der ausgekochten Placenta und Fehlen jeder Spur von Hämolyse des Serums.

Frickhinger (München).

31) **Richard Freund und Carl Brahm. Die Schwangerschaftsdiagnose mittels der optischen Methode und des Dialysierverfahrens.** (Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 13.)

Die Zahl der Untersuchungen der Verff. beläuft sich bei 135 Fällen auf 141 (6 Fälle von Eklampsie wurden doppelt untersucht). Unter diesen 141 Versuchen wurde die optische Methode 134mal, das Dialysierverfahren 99mal angewendet. Der klinische Befund deckte sich mit dem optischen Untersuchungsergebnis in 72,4%, mit dem Ergebnis der Dialyse in 66,7%. 92mal wurden beide Methoden am gleichen Material ausgeführt. Dabei blieb — wie eine Tabelle sehr übersichtlich vor Augen führt — in 31 Untersuchungsbefunden die Übereinstimmung des Resultates aus.

Die Ursachen der diagnostischen Versager des optischen Verfahrens dürfte in erster Linie in der verschiedenen Beschaffenheit der Sera zu suchen sein, deren Schutzfermente nicht in jedem Falle auf das dargebotene Placentarpepton vollkommen eingestellt sind und es daher weniger gut abzubauen vermögen. Es ist deshalb in zweifelhaften Fällen das Drehungsvermögen eines Serums mit einem zweiten oder dritten Pepton nachzuprüfen.

Eine weitere Quelle der Versager liegt in einer für manche Sera zu kurzen Beobachtungsdauer.

Digitized by Google

Ferner muß an die wechselnde Zusammensetzung des Blutes an verschiedenen Orten und zu verschiedenen Zeiten bei ein und demselben Individuum gedacht werden.

Die negativen Resultate bei dem Dialysierverfahren sind — wenn sonstige Fehlerquellen sicher ausgeschaltet werden können — der Unzulänglichkeit der Dialysiermembranen zur Last zu legen.

Bei der Würdigung der Frage, ob die Abderhalden'schen Methoden in ihrer jetzigen Form eine sichere serologische Unterscheidung zwischen Schwangeren und Nichtschwangeren zulassen und so ein differentialdiagnostisches Mittel zur Unterscheidung von Extrauteringravidität und Adnextumor darbieten, ist vor allem an die Möglichkeit zu denken, daß die Erkrankung mit intrauteriner Gravidität kompliziert ist, die dann bei der Untersuchung eine positive Reaktion verursacht, oder daß ein stattgehabter intrauteriner Abort ein trügerisches Resultat der Untersuchung zur Folge hat.

Unter Berücksichtigung aller Fehlerquellen muß ein serodiagnostischer Versuch, welcher nach der heutigen Sachlage allen Anforderungen genügen soll, mit besonderer Vorsicht und unter Ausnutzung aller Kontrollmöglichkeiten angestellt werden (die genaue Vorschrift ist im Original einzusehen), wenn auch das Verfahren dadurch an Umständlichkeit bedeutend zunimmt.

Frickhinger (München).

32) **Hans Schlimpert und James Henry. Erfahrungen mit der Abderhalden'schen Schwangerschaftsreaktion (Dialysierverfahren und Ninhydrinreaktion).** (Münch. med. Wochenschrift 1913. Nr. 13.)

Unter den 316 Fällen, welche die Verff. untersucht haben, mußte eine Serie von 79 Fällen gesondert gewürdigt werden. Denn bei ihnen kam die verschärfte Methodik zur Anwendung, wie sie in der letzten Zeit von Abderhalden schrittweise herangebildet worden war. Diese Technik ist durch die Verwendung vollkommen blutfreier Placentarstücke gekennzeichnet, welche keine Spur der Ninhydrinreaktion mehr geben, sowie durch den strengen Ausschluß von jedem Serum, das hämolyseverdächtig ist. Unter genauester Beobachtung auch aller übrigen Vorschriften Abderhalden's wurde bei den genannten 79 Fällen, die zur einen Hälfte aus nicht schwangeren, zur anderen Hälfte aus schwangeren Individuen bzw. Wöchnerinnen bestanden, nicht eine einzige Fehlreaktion beobachtet.

Nur Untersuchungsergebnisse, die durch Kontrollen an zahlreichen, nichtschwangeren Individuen bestätigt sind, können Anspruch auf Geltung erheben. Denn die Prüfung der 237 technisch nicht so einwandfrei durchgeführten Fälle zeigt, daß auch bei Verwendung nicht genügend reiner Organe scheinbar positive Resultate bei Schwangeren zustande kommen können.

Eine der wesentlichsten technischen Schwierigkeiten, die Unmöglichkeit der Herstellung völlig blutfreien Placentargewebes, kann lediglich durch die Beschaffenheit des zur Auswaschung verwendeten Wassers bedingt sein. Diese Schwierigkeit kann durch Verwendung von 0,9%iger Kochsalzlösung leicht behoben werden.

Frickhinger (München).

33) **Pisani und Savarè (Florenz). Die Anwendung der Komplementablenkung zur biologischen Schwangerschaftsdiagnose.** (Ginecologia 9. Jahrg. Nr. 18.)

Die ausführliche Arbeit führt zu folgenden Schlüssen: In 54,7% aller Fälle kann man die Schwangerschaftsdiagnose durch die Komplementablenkung sichern. Als Antigen benutzt man Placentarextrakt aus dem 4. Schwangerschaftsmonat in alkoholischer oder wäßriger Lösung oder in wäßriger Suspension; am besten

Digitized by Google

ist die alkoholische Lösung. Unerläßlich ist die Unterscheidung in teilweise und vollständig positive Resultate. Die vollständig positiven in den ersten 4 bis 5 Schwangerschaftsmonaten werden durch spezifische Antikörper verursacht und beweisen mit aller Wahrscheinlichkeit eine bestehende Schwangerschaft. Die Reaktionen nach dem 5. Monat sind fast alle partiell positiv; sie sind mit großer Wahrscheinlichkeit abhängig vom Cholesteringehalt des Blutes und stellen eine nicht spezifische Reaktion auf Lipoide dar. Der negative Ausfall der Reaktion hat nur geringen, approximativen Wert. Knoop (Duisburg).

34) **A. G. Pohlmann. Über die Ursachen der Geburt.** (Johns Hopkins hospital bull. 12. 1912.)

Die verschiedenen Theorien der Geburtsursachen werden in chronologischer Reihenfolge von Hippokrates und Galenus an besprochen. Bis 1858 wechselten rein spekulativ-hypothetische Erklärungen in bunter Reihenfolge, erst Brown-Sequard stellte experimentell am Ende der Schwangerschaft eine erhöhte Erregbarkeit der Uterusmuskulatur fest, die durch CO_2-Überladung des Blutes zu Kontraktionen veranlaßt wird. Spätere Untersuchungen auf histologischer Basis führten zur Kenntnis von Thrombosen in den Placentarsinus (Friedländer), der venösen Kongestion und Blutextravasation (Leopold) und der fettigen Degeneration der Placenta (Simpson, Kundrat, Engelmann); Auslösung der Wehen durch Exkretionsprodukte des Fötus (Hasse) wurde von Blumreich zurückgewiesen.

Ältere Theorien, Kumulativwirkung der 10mal ausgebliebenen Menses (Mende) wurden von Taylor Smith und Minot wieder aufgenommen, während Keilmann und Knüpfer auf Grund histologischer Untersuchungen für die alte Cervix-Distensionstheorie Fabricius' eintraten.

Die Theorien der letzten 15 Jahre zerfallen in drei Gruppen: 1) Kumulativwirkung zyklischer Vorgänge. 2) Folgen innerer Sekretion. 3) Immunitätserscheinungen.

Ad 1) Beard supponiert einen Zyklus der Ovarialtätigkeit von 23tägiger Dauer, dessen Doppeltes als »kritische Periode« 46 Tage beträgt. Der Partus soll nach Ablauf von sechs kritischen Perioden erfolgen.

Ad 2) Pflüger's Theorie, die auf funktionellen Beziehungen zwischen Ovarien und Uterus beruht, wurde von Beard, Born, Fränkel, Cohn u. a. weiter ausgebaut und von ihnen die Bedeutung des Corpus luteum besonders hervorgehoben.

Ad 3) Seit 1900 werden biochemische Vorgänge und Beziehungen zwischen Fötus bzw. Ei und Mutter als geburtsauslösende Momente mehr und mehr gewürdigt; der Zottentransport Veit's mit seinen biochemischen Konsequenzen, der Nachweis von Antikörpern (Fieux und Maurier), der Nachweis von Hormonen in der Mamma (Healy und Kastle) führen zur Annahme einer chemischen Theorie, d. h. eines spezifischen Einflusses der reifen Frucht auf den Uterus im Sinne einer wehenauslösenden Funktion.

Eine endgültige Lösung des Problems läßt sich vielleicht aus vergleichend-anatomischen und embryologischen Untersuchungen, wie sie von Preyer und Keibel angestellt sind, erhoffen. Schottelius (Hamburg).

35) **Prinzing (Ulm). Kritische Bemerkungen zum Problem des Geburtenrückganges in Deutschland.** (Deutsche med. Wochenschrift 1913. Nr. 13. p. 610.)

Es zeigen hauptsächlich Staaten mit einer Bevölkerung germanischer oder keltischer Abstammung einen Rückgang der Geburten. Die Ursachen sind zweifel-

Digitized by Google

los überall dieselben. Nur da, wo die Abnahme der Geburten übermäßig groß ist, lohnt es sich, nach lokalen Gründen zu forschen.

Bei vergleichenden Untersuchungen genügt nicht die Berücksichtigung der allgemeinen Geburtsziffer, d. h. der Zahl der Geburten auf 1000 Einwohner. Es müssen stets die Ziffern der ehelichen Fruchtbarkeit zugrunde gelegt werden. Darunter versteht man die Zahl der ehelichen Geburten auf 100 verheiratete Frauen von 15—50 oder 15—45 Jahren.

Von der geplanten, durchgreifenden Änderung der deutschen Bevölkerungsstatistik, die eine Erhebung über das Alter der Mutter bei der Geburt bringen soll, ist eine erhebliche Förderung der statistischen Untersuchungen zu erwarten.

Der Geburtenrückgang ist als eine Begleiterscheinung fortschreitender Kultur aufzufassen. Behne (Kiel).

36) **Emil Ekstein** (Teplitz-Schönau). **Über das Verhältnis der modernen klinischen Geburtshilfe zur geburtshilflichen Praxis.** (Sammlung klin. Vorträge. Gynäkologie Nr. 249.)

Für die häusliche Geburtshilfe spielt die Autononinfektion die größte Rolle. Es sollten sich daher nur Ärzte mit streng aseptischer Tätigkeit ihr widmen. Im Interesse der Besserung der Geburts- und Wochenbettshygiene wünscht Verf. die Anstellung von Aufsichtsärzten für Hausgeburten. Ferner tritt er für die Einrichtung ständiger Schwangerenberatungsstellen ein. Für den Geburtshelfer, der sich aseptisch hält, genügt nach E. einfache Äther-Alkoholmischung (1 : 3) zur Händedesinfektion. Die äußeren Genitalien werden weder rasiert noch desinfiziert. Frühaufstehen der Wöchnerinnen wird verworfen. Obligatorische Ergotinverabreichung ist ein ausgezeichnetes Prophylaktikum gegen puerperale Infektionen. Die Ernährung im Wochenbett soll eine mittlere Linie einhalten. Fleischkost wird erst nach 2 Wochen gestattet. Dämmerschlaf lehnt der Verf. ab. Auch operative Entbindungen leitet er meist ohne Narkose. Die Fortschritte chirurgischer Geburtshilfe erkennt Verf. zwar an, macht aber in der Praxis nur wenig Gebrauch davon. So leitet er z. B. bei Becken unter 10 cm Conjugata den Abort ein, so lange die Schwangerschaft noch nicht den 3. Monat überschritten hat; bei Becken »weit unter 10 cm« wird Porro gemacht. Grundsätze, die wohl kaum auf allgemeine Billigung Anspruch erheben können.

H. Fuchs (Danzig).

37) **Louis Pierra** (Paris). **Beobachtung verzögerter und regelwidriger Geburt infolge Spasmus und Ödeme des Cervix.** (Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. 8. Jahrg. Nr. 3.)

Bericht über eine Entbindung, die sich infolge von Spasmus und Ödem des Gebärmutterhalses über volle 5 Tage hinzog und schließlich durch Accouchement forcé und Forceps beendet werden mußte. Hohl (Bremerhaven).

Innere Sekretion.

38) **W. Blair Bell.** **Die Genitalfunktion der Drüsen mit innerer Sekretion.** (Lancet 1913. März.)

Mitteilung eigener Experimente an Katzen, Kaninchen und Meerschweinchen.

1) Einfluß der Kastration auf den Stoffwechsel und auf die übrigen Drüsen mit innerer Sekretion:

Digitized by Google

Die Kalziumausscheidung wird gesteigert und ebenso die Phosphorretention; der übrige Stoffwechsel ist unbeeinflußt (Experimente an Katzen). Die Thyreoidea wird durch die Kastration außer bei Nagern nicht beeinflußt. Bei diesen aber besteht als Zeichen einer erhöhten Funktion nach Kastration eine Erweiterung der Follikel. Die Thymus ist nach der Kastration größer als bei dem normalen ausgewachsenen Tier und ähnelt den Organen vor der Pubertät.

Die Nebennieren zeigen nach Kastration ein deutliches Anwachsen der retikulären Rindenzone auf Kosten der faszikulären. Der Einfluß der Kastration auf die Hypophyse ist ziemlich gering, wahrscheinlich nur vorübergehend und nicht in Vergleich zu setzen mit den Genitalveränderungen, die der Entfernung der Hypophyse folgen. Die Befunde an der Hypophyse nach Kastration entsprechen durchaus nicht denen in der Schwangerschaft, wie z. B. bei der Thyreoidea.

2) Einfluß der Exstirpation der Drüsen mit innerer Sekretion auf das Genitale und auf andere Drüsen mit innerer Sekretion.

Nach der Thyreoidektomie, mochte sie bei Schwangeren oder bei Nichtschwangeren ausgeführt sein, tritt eine beträchtliche Atrophie der Uterusmuskulatur ein. Am Eierstock zeigt sich vermehrte Eosinfärbung der Zona pellucida der Follikel, des Follikelliquors und der übrigen Teile. An der Nebenniere tritt nach Thyreoidektomie eine gesteigerte Sekretion auf, die sich in Kalkablagerungen in der Zona fasciculata deutlich bemerkbar macht. Auch in der Hypophyse wird eine Steigerung der Sekretion erzielt. Es findet eine Zunahme der eosinophilen Zellen auf Kosten der großen, basophilen sowohl bei schwangeren als bei nichtschwangeren Tieren statt, außerdem vermehren sich die großen, chromophoben Zellen, die in der Schwangerschaft als Schwangerschaftszellen auftreten.

Die Nebenniere geht in der Schwangerschaft wesentliche Veränderungen ein. Die Zellen der Zona fasciculata erscheinen geschwollen und trübe. Die Zona reticularis beteiligt sich nicht an dem Wachstum auf Kosten der Zona fasciculata, wie nach der Kastration. Die radikale Entfernung beider Nebennieren führte bei Kaninchen und Katzen innerhalb 48 Stunden zum Tode. Bei zwei Katzen wurde nur je eine Nebenniere entfernt; eines dieser Tiere starb nach beträchtlichem Gewichtsverlust nach 30, das andere unter gleichen Erscheinungen nach 127 Tagen, ohne daß bei der Sektion Anhaltspunkte für die Todesursache gefunden wurden. Die Kalkausscheidung bei dem einen Tier war 7fach vermehrt, bei dem anderen sogar 16fach. Die Ausscheidung von Phosphor war bei beiden wenig vermehrt.

Bei Entfernung beider Nebennieren war nach 36 Stunden im Vorderlappen der Hypophyse ein deutlicher Grad von Chromophobie und ein mäßiger Grad schwacher Eosinophilie zu erkennen. Auf die Thyreoidea, die Ovarien und den Uterus übte die Entfernung beider Nebennieren keinen deutlich sichtbaren Einfluß aus. Die Entfernung einer Nebenniere rief am Uterus eine Muskelatrophie ähnlich der nach Thyreoidektomie hervor. Hans Schlimpert (Freiburg).

39) **W. Blairbell (Liverpool). Die Genitalfunktionen der Drüsen mit innerer Sekretion beim Weibe.** (Brit. med. journ. 1913. März 29. u. April 5.)

Die Genitalfunktionen des Weibes müssen von sehr weiten Gesichtspunkten aus betrachtet werden. Was die Ovarialsekretion betrifft, so wird man wohl nicht fehlgehen, wenn man annimmt, daß die interstitiellen Zellen und das Corpus luteum dieselbe Funktion haben. Verf. hat verschiedentliche Tierversuche angestellt, die darlegen sollen, welchen Effekt die Entfernung der Ovarien auf den

Digitized by Google

graviden und nichtgraviden Uterus, die Drüsen mit innerer Sekretion und den Gesamtstoffwechsel ausübt. Verf. und Hick fanden, daß beim Kaninchen intravenös injiziertes Ovarialsekret Uteruskontraktionen auslöst, bei bestehender Gravidität tritt dies jedoch nicht ein. Was den allgemeinen Stoffwechsel betrifft, so kann man eine Kalkretention und eine vermehrte Phosphorausscheidung feststellen. Es lassen sich aber die Resultate von niederen Tieren nicht ohne weiteres auf den Menschen übertragen. Bei der Katze konnte eine histologische Veränderung der Thyreoidea nach Ovarienexstirpation nicht festgestellt werden. Dagegen vergrößern sich unter denselben Bedingungen beim Kaninchen die Cysten erheblich und füllen sich mit Kolloid, welches nicht mehr azidophil, sondern basophil erscheint. Bei Gravidität vermehrt sich ebenfalls das Kolloid, bleibt aber azidophil. Jedenfalls zeigt sich eine beträchtlich vermehrte Aktivität der Thyreoidea bei kastrierten weiblichen Nagetieren. Die Thymus erscheint (bei Katzen) viel größer als bei nichtkastrierten, erwachsenen Tieren. Das Corpus pineale scheint zu atrophieren, während die Pars reticulata der Nebennierenrinde sich vergrößert auf Kosten der Zona fasciculata. Klinisch wird beim Menschen bei Ovarieninsuffizienz Kolloidanhäufung und Vergrößerung der Schilddrüse bis zum Auftreten von Basedow beobachtet. Die Hypophyse ist funktionell als ein und nicht als zwei Organe zu betrachten. Als aktive Sekretionszellen sind die eosinophilen Zellen anzusehen. Nach Kastration kann eine Steigerung der Sekretion beobachtet werden. Doch nicht in ausgedehntem Maße und nicht immer. Im vorderen Teil findet sich dann ein großes Übergewicht der eosinophilen Zellen. Die Pars intermedia weist verschwommene Zellen, sowie Kolloidbläschen und bisweilen -cysten auf. Das Kolloid färbt sich entgegen der Norm mit Eosin. Die Veränderungen in der Hypophyse bei Ovarieninsuffizienz sind nicht zu vergleichen mit den bei Schwangerschaft gefundenen. Die klinisch bei Hypophysenveränderung beobachtete sog. Dystrophia adiposo-genitalis ist wohl nicht als die Ursache, sondern als die Folge der Veränderungen anzusehen.

Weiterhin werden betrachtet die Effekte auf den Allgemeinstoffwechsel und die Genitalfunktion durch Entfernung der verschiedenen innersekretorischen Drüsen.

Bei den Kaninchen konnten deutliche Erscheinungen bei Entfernung der Thyreoidea nicht bemerkt werden. Bei der Katze fand sich Azeton nach der Operation. Die Kalkausscheidung war unverändert. Unter drei operierten, graviden Katzen fand sich bei einer Azeton, Eiweiß und Zucker nach der Operation. Während der Dauer der Gravidität blieb die Kalkausscheidung konstant, nach der Geburt war sie ums 3fache erhöht. Die Phosphate waren ebenfalls erheblich vermehrt. Die Thyreoidea scheint keinen näheren Zusammenhang mit dem Auftreten der Eklampsie zu haben. Die Ovarien zeigen starke Reaktion durch erhöhte Aktivität. Die Granulosazellen der Graaf'schen Follikel scheinen innersekretorisch tätig zu sein. Diese Sekretion hängt nicht mit der Integrität des Uterus zusammen, denn dieser zeigt eine erhebliche muskuläre Atrophie. Dagegen ist es möglich, daß die interstitiellen Ovarialzellen bei fehlender Schilddrüsensekretion nur mangelhaft sezernieren. Die Nebennieren zeigen eine erhöhte Tätigkeit, die in einer deutlichen Kalkablagerung in der Zona fasciculata ihren Ausdruck findet. Die Hypophyse scheint eine Vermehrung der aktiven, eosinophilen Zellen der Pars anterior auf Kosten der großen basophilen Zellen zu erfahren. Die großen, aktiven, chromophoben Zellen vermehren sich bei graviden wie nichtgraviden Tieren, was normalerweise in der Schwangerschaft eintritt. Alle Teile der Hypophyse zeigen eine erhöhte Aktivität.

Digitized by Google

Erkrankungen des Corpus pineale führten bei Kindern eine vorzeitige Entwicklung des Skelett- und Genitalsystems herbei.

Totalexstirpation der Hypophyse bedingt den Exitus in kurzer Zeit, ebenso wirkt die Entfernung des ganzen vorderen Teiles letal. Nach partieller Resektion des vorderen Teiles der Hypophyse stellt sich die sogenannte Dystrophia adiposo-genitalis ein, beim Ovarium verschwinden die Graaf'schen Follikel, während die interstitiellen Zellen bestehen bleiben. Der Uterus fällt der Atrophie anheim. Die Thyreoidea erfährt eine deutliche Hyperplasie, welche jedoch eventuell durch eine beträchtliche Kolloidbildung mit Verschwinden epithelialer Aktivität in den Hintergrund gedrängt wird. Thymus und Nebennieren werden hypertrophisch, letztere mit Fettvakuolenbildung der Zellen der Zona fasciculata. Klinisch tritt bei Insuffizienz der Hypophyse neben der genannten Dystrophia adiposo-genitalis Akromegalie auf.

Wird die Thymus vor vollendeter Pubertät entfernt, so tritt eine rapide Entwicklung der Genitaldrüsen auf. Sehr wahrscheinlich hängt der Kalkstoffwechsel eng mit der Funktion dieser Drüsen zusammen, in welcher Weise ist jedoch noch nicht einwandfrei erwiesen. Die Beziehungen der Thymus zu den anderen innersekretorischen Drüsen und dem Gesamtstoffwechsel harren noch der näheren Aufklärung.

Die vollständige Entfernung der Nebennieren wird von den meisten Säugetieren nicht ertragen. Kaninchen, denen eine Nebenniere entfernt worden war, magerten aufs äußerste ab. Die Kalkausscheidung war beträchtlich gesteigert, in einem Falle um das Siebenfache im Vergleich zum Quantum vor der Operation, im anderen ums 16fache. Die Harnstoffmenge war ebenfalls vermehrt. Die Zellen der Pars anterior der Hypophyse zeigten einen deutlichen Grad von Chromophobie und im vorderen Lappen fand sich gesteigerte Aktivität. Ein Effekt auf die Thyreoidea konnte histologisch nicht erkannt werden. Der Uterus zeigte eine ähnliche, wenn auch etwas schwächere Muskelatrophie wie nach Thyreoidektomie. Klinisch wurden 17 Fälle von Kindern, welche Erkrankungen der Nebenniere aufwiesen, zusammengestellt, 14 davon waren Mädchen. Es zeigte sich ungewöhnliches Skelettwachstum, Behaarung und zuweilen Klitorishypertrophie, bei jungen Frauen außerdem Schrumpfung der Brüste, Amenorrhöe und manchmal männliche Stimme. Hier war die Erkrankung stets einseitig. In 13 Fällen von Pseudohermaphroditismus (12 weiblich) war die Nebennierenaffektion beiderseitig.

Alle diese Beziehungen der innersekretorischen Drüsen untereinander eröffnen noch viele neue Gesichtspunkte, die des genauen Studiums harren, und der alte Satz »Propter solum uterum mulier est quod est« muß jetzt der Änderung Platz machen: »Propter secretiones internas totas mulier est quod est.«

Sieber (Grunewald-Schmargendorf).

40) E. Sehrt. Zur thyreogenen Ätiologie der hämorrhagischen Metropathien. (Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 18.)

Während man bei keinem Kropf an und für sich sagen kann, ob es sich um einen Zustand der Hypo- oder Hypersekretion der Thyreoidea handelt, gibt nach Kocher die Blutuntersuchung darüber Aufschluß. Gemeinsam ist beiden Zuständen relative, neutrophile Leukopenie und relative oder absolute Lymphocytose; unterschieden werden Hypo- und Hypersekretion durch die Gerinnbarkeit des Blutes. Beim Basedow (Hyperfunktion) ist die Gerinnbarkeit verzögert, bei der Cachexia strumipriva und dem Myxödem (Hypofunktion) ist sie beschleunigt.

Digitized by Google

Der Zusammenhang zwischen Schilddrüse und Genitalsystem veranlaßte zu der Fragestellung, wie weit Schilddrüsenfunktionsstörungen bei den Menorrhagien eine Rolle spielen. In der Tat fanden sich bei 20 unkomplizierten, reinen Fällen von Metropathie 13mal alle ausgesprochenen Zeichen einer Hypofunktion der Schilddrüse. Von den anderen 7 Fällen war 6mal die Gerinnungszeit deutlich nach unten verschoben, nur fehlte das eine Mal eine relative, neutrophile Leukopenie und das andere Mal eine Lymphocytose.

Der Grund für die anatomisch bis jetzt unerklärten Blutungen mag somit in einer Störung der Beziehungen zwischen Schilddrüse und Ovarium zu suchen sein, und manche Fälle von Metropathia haemorrhagica dürften als abortive Formen des Myxödems aufzufassen sein.

Der Verf. geht noch weiter. Er ist auch geneigt, der thyreoigenen Theorie der Eklampsie das Wort zu reden. Jedenfalls scheint ihm der prinzipielle Unterschied zwischen Tetanie und Eklampsie nicht mehr so sicher zu stehen, nachdem auch Seitz zugegeben hat, daß die Hypofunktion der Schilddrüse eine Prädisposition zum Ausbruch der Eklampsie bilden kann. Jedenfalls dürfte es sich empfehlen, in Zukunft bei der Eklampsie auf den Zustand der Schilddrüsenfunktion zu achten. Unter den Fällen von hämorrhagischer Metropathie des Verf.s befand sich ein 22jähriges Mädchen, das seit einer 3 Jahre vorher durchgemachten Entbindung an schweren Blutungen litt. Bei ihr fanden sich die Zeichen einer hochgradigen Unterfunktion der Schilddrüse. Die Kranke hatte bei der damaligen Geburt eine 4tägige Eklampsie durchgemacht!

Auch die Frage des habituellen Aborts kann vielleicht vom Gesichtspunkt der gestörten Schilddrüsenfunktion aus geklärt werden.

Frickhinger (München).

41) **L. Seitz. Über galvanische Nervenmuskelerregbarkeit in der Schwangerschaft und über Schwangerschaftstetanie.** (Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 16.)

Der Verf. ließ die galvanische Erregbarkeit in der Schwangerschaft prüfen. Zunächst wurde an 40 gesunden, weiblichen Personen die Kathodenschließungszuckung am Nervus medianus festgestellt. Die gleiche Untersuchung an Schwangeren, die in den letzten Monaten der Schwangerschaft standen, zeigte, daß bei ihnen die Kathodenschließungszuckung früher eintrat. Diese erhöhte Erregbarkeit der Nerven erfährt unter der Geburt so regelmäßig eine weitere Steigerung, daß man von einem absolut gesetzmäßigen Verhalten sprechen kann. In rund 10% der Fälle ist die Erregbarkeit der Nerven unter der Geburt so gesteigert, wie es sonst nur bei der Tetanie beobachtet wird. Man kann infolgedessen sagen, daß rund 10% aller in den letzten Monaten der Schwangerschaft und unter der Geburt befindlichen Frauen in einem subtetanischen Zustande sich befinden. Unter vier Eklamptischen wiesen zwei subtetanische Werte auf, die anderen aber eher höhere als Durchschnittswerte. In der Regel besteht deshalb wohl bei der Eklampsie keine abnorme galvanische Erregbarkeit. Eine Identität zwischen Eklampsie und Tetanie muß bestritten werden.

Nervöses Asthma und andere, scheinbar nervöse Symptome während der Gravidität können als subtetanischer Zustand gedeutet werden. Verf. teilt einen für diese Annahme recht bezeichnenden Fall mit. Um die Genese solcher Schwangerschaftsbeschwerden anzudeuten, schlägt er vor, die von der Parathyreoidea ausgehenden Symptome (in Analogie mit den Thyreotoxikosen) als Parathyreotoxikose zu bezeichnen.

Digitized by Google

Es spricht viel dafür, daß die chemische Substanz, von der man vermutet, daß sie die Tetanie hervorruft, die gleiche ist, welche am Ende der Schwangerschaft die Wehentätigkeit in Gang bringt. Frickhinger (München).

42) **Bernhard von Beck** (Karlsruhe). **Struma und Schwangerschaft.** (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXXX. Hft. 1.)

Unter 2000 Kreißenden hatten 670 mehr oder weniger große Strumen. Weder in der Schwangerschaft noch in der Geburt trat eine schwere Störung auf. Niemals ergab sich der Anlaß zur Unterbrechung der Schwangerschaft oder Beschleunigung der Geburt. 60 Frauen ließen sich kurz nach dem Wochenbett operieren, da die Strumen anwuchsen. In 420 weiteren Fällen sah Verf. Strumen in der Schwangerschaft, die Beschwerden verursachten. Meist traten diese im 2. Monat auf und dauerten bis zum 5. Bei 10 schweren Fällen von Morbus Basedowii mußte 5mal im 3. Schwangerschaftsmonat die Struma weggenommen werden wegen rascher Verschlimmerung, ohne daß Schwangerschaft und Geburt eine Störung erlitten. Die Nichtoperierten trugen bei interner Behandlung aus. In einem weiteren Falle vermutete Verf. noch außerdem eine Thymuspersistenz und riet daher von einer Operation ab. Von anderer Seite wurde die künstliche Frühgeburt ausgeführt mit tödlichem Ausgange. Die Obduktion ergab Thymuspersistenz. Von 149 Frauen mit doppelseitiger Struma litten 144 an einer Steigerung der schon vorhandenen Trachealstenosensteigerungen, ohne daß die Schwangerschaft unterbrochen wurde. Nur plötzliche Zunahme der Kompression, wie bei Entzündungen, bei Blutungen in die Struma, Übergreifen großer Kolloid- oder maligner Strumen auf die Trachea erzeugen Trachealstenosen, die operativ behandelt werden müssen. Die nichtinfektiöse Strumitis kann antiphlogistisch behandelt, die purulente muß schnell gespalten werden, manchmal kombiniert mit Tracheotomie. Ein Fall von Einwucherung der Struma carcinomatosa in die Luftröhre mit Blutungen und Erstickung, wurde mit Sectio caesarea der sterbend eingelieferten Frau behandelt, das Kind blieb am Leben. Die Tetanie der Schwangerschaft ist wohl meistens thyreogenen Ursprungs, oder vielmehr erzeugt durch Funktionsinsuffizienz der Epithelkörperchen der Struma, die bei den erhöhten Anforderungen der Schwangerschaft leicht eintritt. 3mal wurden Frauen der Strumektomie in der Schwangerschaft unterworfen, ohne daß die Schwangerschaft den Trägerinnen und dem Arzt bekannt war und ohne Störung derselben. Im ganzen sind elf Fälle von Struma in der Schwangerschaft operiert worden, die tabellarisch geordnet wiedergegeben sind.

Calmann (Hamburg).

43) **A. Werelius** (Chicago). **Funktioniert die Parathyreoidea während des intrauterinen Lebens?** (Surgery, gynecology and obstetrics Vol. XVI. Nr. 2.)

Durch Tierexperimente sucht Verf. zu entscheiden, ob die Parathyreoidea des Fötus die Funktion der exstirpierten Nebenschilddrüsen des Muttertieres ersetzen könne. Dabei zeigte sich, daß im Gegenteil schwangere Hündinnen nach der Exstirpation der Nebenschilddrüsen noch viel rascher unter den Erscheinungen der Tetanie zugrunde gingen, als nichtschwangere Tiere, und zwar um so schneller, je weiter die Schwangerschaft vorgeschritten war. Daraus läßt sich der Schluß ziehen, daß erstens die Parathyreoidea im intrauterinen Leben wahrscheinlich noch nicht funktioniert, und zweitens, daß die Nebenschilddrüse der Mutter in der Schwangerschaft die Aufgabe hat, Stoffe, die in dieser Zeit in vermehrter Menge

Digitized by Google

im Blute kreisen, zu entgiften. Daher können die Ergebnisse dieser Untersuchungen vielleicht auch die Parathyreoideatheorie der Eklampsie stützen.

Robert Stern (Offenbach).

44) **Heinrich Harttung** (Breslau). **Über einen extrarenalen Nebennierentumor.** (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXXXIII. Hft. 1.)

Der Tumor lag im rechten Epigastrium und wurde für eine Pylorusgeschwulst gehalten. Die Niere kam bei der Operation gar nicht weiter zu Gesicht, zu andern Organen bestanden keine Beziehungen. Die Maße des länglich ovalen, platten Tumors waren 9 : 4 : 3, sein Umfang 16 cm. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Hypernephrom eines versprengten Nebennierenkeims. 39 solche Fälle sind bekannt, nur 8mal wurde die Diagnose vor der Operation gestellt. Zur Diagnose führen charakteristische Metastasen, Hämaturie und Schmerzen in der Lumbalgegend bei gleichzeitiger Kachexie und Ausschluß von Steinbildungen, ferner Fieber, Tumorbildung, die von der Niere zu trennen ist, und vor allem Bronzefärbung der Haut und schließlich auch Magenstörungen wie im obigen Falle. Die Prognose ist infaust. Der Tod tritt häufig sehr rasch nach der Operation ein.

Calmann (Hamburg).

45) **Kurt Goldstein.** **Ein Fall von Akromegalie nach Kastration bei einer erwachsenen Frau.** (Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 14.)

Entfernung des Uterus und der Adnexe bei einer 39jährigen Frau, die von jeher durch ihre Größe und Grobknochigkeit aufgefallen war. Allmählich Größenzunahme der Extremitäten, besonders der Hände und Füße, Breiterwerden des Gesichtes und Hervortreten des Kinnes. 11 Jahre nach der Operation werden bei der Kranken die ausgesprochenen Erscheinungen der Akromegalie angetroffen. Dabei nervöse Übererregbarkeit, jedoch kein Zeichen einer organischen Hirnerkrankung. Augenhintergrund und Gesichtsfeld erwiesen sich als normal.

Auf die Ätiologie dieser Erkrankung und ihren Zusammenhang mit der Kastration wirft die Tatsache einiges Licht, daß bei der Pat. von Jugend auf offenbar eine Anlage zum Riesenwuchs bestand. Es war also der aus verschiedenen Drüsen bestehende Regulationsapparat, der das Knochenwachstum reguliert, nicht in normaler Weise angelegt. Wie die Hypophyse beim Knochenwachstum durch ihre Sekretion eine gewisse Rolle spielt, so wird dies auch beim Genitalsekret der Fall sein, beide Sekrete vielleicht in antagonistischem Sinne. Durch den Wegfall der Ovarialdrüsen trat dann eine Art relativer Hyperfunktion der Hypophyse ein, die, bei der schon bestehenden und durch das Ovarialsekret bisher vielleicht kompensierten Anlage zum Riesenwuchs, zur Akromegalie führte. Für den Riesenwuchs (die Zunahme des Längenwachstums) waren wegen der längst vollzogenen Verknöcherung der Epiphysenfugen keine Angriffspunkte mehr vorhanden. So konnte nur eine Dickenzunahme der Knochen, also Knochenablagerung im Sinne der Akromegalie, stattfinden.

Frickhinger (München).

Originalmitteilungen und Referate für das Zentralblatt wolle man an *Prof. Dr. W. Stoeckel* in Kiel, Monographien, Sonderdrucke und Bücher-sendungen an *Prof. Dr. W. Stoeckel* oder an die Verlagshandlung von *Johann Ambrosius Barth*, Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. W. Stoeckel in Kiel.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Digitized by Google

Zentralblatt für Gynäkologie

begründet von HEINRICH FRITSCH

herausgegeben von

WALTER STOECKEL in Kiel.

37. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 30. **Sonnabend, den 26. Juli** **1913.**

Inhalt.

Originalien: I. **F. Weisswange**, Über das Baden der Neugeborenen. — II. **R. Patek**, Ein Beitrag zur Widerstandskraft des Peritoneums und der Uterusnaht nach Sectio caesarea (von der Pat. selbst ausgeführt). — III. **L. v. Lingen**, Zur Kasuistik der Riesenmyomcysten.

Berichte: 1) **Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Leipzig.** **Lichtenstein**, Dialysierverfahren nach Abderhalden.

2) **Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.** **Nacke**, Frühgeburt oder ausgetragenes Kind. — **Meyer**, Genitalsyphilis.

Zeitschriften: 3) Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. LXXIII. Hft. 1. **Wallart**, Salpingitis isthmica nodosa. — **Hinselmann**, Schwangerschaftsthrombose. — **v. Gutfeld**, Körpermaße der Neugeborenen. — **Vogt**, Melanosarkom. — **Landsberg**, Eklampsie. — **Vogt**, Puerperale Lungenembolie. — **Heynemann**, Röntgenstrahlen in der Geburtshilfe. — **Ahlfeld**, Puerperale Selbstinfektion.

Lageveränderungen: 4) **Hirst**, 5) **Sehad**, 6) **Fletcher**, 7) **Fothergill**, Prolaps. — 8) **Crad**, Verkürzung der Ligg. sacro-uterina. — 9) **Bogdanovics**, Retroflexio uteri. — 10) **Figueroa**, Verkürzung der Ligg. rot. — 11) **McAfee**, 12) **Zangemeister**, Uterusinversion.

Bauchdecken: 13) **Landmann**, 14) **Moutaz**, Brüche. — 15) **Trapl**, Desmoid. — 16) **Grant**, Phlegmone. — 17) **Wollin**, Enterokystom.

Ruptur und Perforation der Genitalorgane: 18) **Schwarz**, 19) **Trapl**, 20) **Hirst**, Uterusruptur. — 21) **Holländer**, Schußverletzung. — 22) **Vogel**, Scheidenruptur.

Geburtshilfliche Komplikationen: 23) **Williams**, Schwangerschaftserbrechen. — 24) **Eichmann**, Toxikodermien. — 25) **Brühschwein**, Herzkrankheiten. — 26) **Drews**, Teleangiektasie. — 27) **Saenger**, Pankreasnekrose.

Wochenbett: 28) u. 29) **Bouffe de Saint-Blaisse**, 30) u. 31) **Bouchacourt**, 32) **Siewczynski**, Frühaufstehen der Wöchnerinnen. — 33) **Fedde**, Wochenbettserkrankungen.

Menstruation: 34) **Bollmann**, Anomalien. — 35) **Rieck**, Übermäßige Menstruation. — 36) **Schulhof**, Thermalkuren. — 37) **Pierra**, Menstruation bei neuroarthritischen Frauen. — 38) **Diuski**, 39) **Hollós**, Menstruation und Tuberkulose.

Bakteriologie und Serologie: 40) **Horvath** und **Kalledey**, Bakterienvirulenz. — 41) **Hirschfelder**, Behandlung mit Bakterienextrakten. — 42) **Jasqué** und **Masay**, Retrouteriner Abszeß mit Streptobakterium foetidum. — 43) **Schlössmann**, Hämophilie. — 44) **Levison**, Pferdeserum bei Blutungen. — 45) **Jennings**, 46) **Merckens**, Melaena.

Pituitrin: 47) **Guggenheim**, 48) **Siguret**, 49) **Klotz**, 50) **Ertl**, 51) **Reinhard**, 52) **Lörincz**, 53) **Bogdánovics**, Pituitrin.

Medikamente: 54) **Walther**, Hydrastinin. — 55) **Werner** und **v. Zubrzycki**, Elektrargol. — 56) **Lotheissen**, Novojodinpaste.

I.

Aus der Privatklinik Dr. Weisswange, Dresden.

Über das Baden der Neugeborenen[1].

Von

Dr. Fritz Weisswange.

Ich möchte eine Aussprache über das Baden der Neugeborenen deswegen anregen, weil sich in der letzten Zeit in der Praxis öfters Meinungsverschieden-

[1] Nach einem Vortrag in der gynäkologischen Gesellschaft in Dresden.

Digitized by Google

heiten darüber gebildet haben, ob der Säugling gebadet werden soll oder nicht, und dies auch von uns Spezialkollegen verschieden gehandhabt wird. Es soll sogar als Kunstfehler bezeichnet worden sein, das Kind vor Abfall des Nabels zu baden. Es erscheint mir daher richtig, einmal eine Dikusssion hierüber an dieser Stelle anzuregen. Denn jeder von uns, besonders die Kollegen, die sich etwas mit der Kurpfuscherfrage beschäftigt haben, wissen, daß es kein besseres Mittel gibt, gegen die Ärzte einen Vorwurf zu erheben, als wenn selbst unter Spezialkollegen Meinungsverschiedenheiten über bestimmte Fragen auftreten. Ich bin der Ansicht, daß es ganz besonders die Aufgabe der Gynäkologischen Gesellschaften ist, Einigungen über solche prinzipielle Fragen möglichst herbeizuführen. Daß es hier in Dresden jetzt sehr häufig zu Meinungsverschiedenheiten über das Baden der Kinder kommt, hat wohl seinen Grund darin, daß in der neuesten Auflage des Sächsischen Hebammenlehrbuches andere Ansichten als früher über das Baden Vorschrift geworden sind und durch die Fortbildungskurse usw. diese Ansichten beginnen, in die Kreise des Publikums und der älteren Hebammen einzudringen. Der § 167 des alten Lehrbuches lautet folgendermaßen: Das Baden des Kindes dient nicht nur zur Reinigung, sondern hauptsächlich zur Erwärmung und Belebung. Zum Baden muß so viel ganz reines Wasser genommen werden, daß alle Teile des Kindes mit Ausnahme des Gesichtes, davon bedeckt werden. § 168 lautet: Das aus dem Bade genommene Kind wird sofort mit einer erwärmten Windel überdeckt, auf den in unmittelbarer Nähe stehenden Wickeltisch gebracht und hier sorgfältig abgetrocknet. Der Nabelschnurrest wird, nachdem sich die Hebamme noch einmal davon überzeugt hat, daß er fest unterbunden ist, mit gereinigter Watte locker umhüllt oder in ein weiches, sauberes Leinwandläppchen lose eingewickelt und dann auf der linken Seite des Bauches mittels der Nabelbinde locker befestigt. Täglich nach dem Bade wird der Verband erneuert, bis der Nabelstrang abgefallen und die Nabelstelle ganz verheilt ist. Niemals darf am Nabelschnurrest gezogen werden. Bei dieser einfachen Behandlung trocknet der Nabelschnurrest bald ein und fällt meist am 5. oder 6. Tage von selbst ab, ohne daß die Nabelstelle erkrankt. Letzteres geschieht aber leicht, wenn irgendwelche schmutzige Gegenstände mit dem noch nicht völlig verheilten Nabel in Berührung kommen. § 169: Die Reinlichkeit erfordert, daß die Kinder während des 1. Lebensjahres womöglich täglich gebadet werden, wobei die Wärme des Badewassers nach und nach auf 26 Grad R (33 Grad Celsius) vermindert werden kann. Im neuen Lehrbuch lautet § 170 (der alte § 167): Das Baden des Kindes dient nicht bloß zur Reinigung, sondern hauptsächlich zur Erwärmung und Belebung des Kindes. § 171 (der alte § 168): Das Kind wird nur einmal nach der Geburt gebadet und dann bis nach Abfall des Nabelrestes und völliger Verheilung der Nabelwunde nur täglich gewaschen. Wenn die Nabelwunde völlig geheilt ist, wird das Kind täglich gebadet. Täglich wird der Verband erneuert, bis der Nabel von selbst abgefallen ist. Im preußischen Hebammenlehrbuch lautet der § 257 folgendermaßen: Die wichtigsten Aufgaben in der Pflege des Kindes sind Beobachtungen der größten Reinlichkeit am Körper des Kindes, die Besorgung des Nabelverbandes und die Ernährung des Kindes. Nur reinlich gehaltene Kinder gedeihen gut. Das neugeborene Kind erhält täglich morgens ein Bad von 35 Grad Celsius. Später kann das Wasser etwas kühler genommen werden. Das Bad dient nicht nur zur Reinigung, sondern auch zur Belebung der Lebensäußerung. Im Bade und bei der dem Baden folgenden Abtrocknung des Kindes bewegt es sich meist recht lebhaft und schreit. § 258: Der Nabelverband ist täglich nach dem Baden zu entfernen und zu erneuern.

Digitized by Google

Diese verschiedenen Bestimmungen haben eine gewisse Verwirrung hervorgerufen. Daß das Bad für das Kind segensreich ist, darüber dürfte wohl eine allgemeine Übereinstimmung bestehen. Schon in der Natur sehen wir das, indem z. B. die Kuh ihr Kälbchen vollständig ableckt. Auch bei den Kulturvölkern, z. B. den Griechen und Römern, war das Baden üblich. Man sah in dem Baden nicht nur eine der Reinlichkeit dienende Einrichtung, sondern man schätzte auch die belebende und anregende Wirkung auf Haut, Atmung und Herztätigkeit. Erst in der bakteriologischen Ära der Medizin wurde auch gegen das Baden der Säuglinge geltend gemacht, daß eine Infektion des Nabels durch das Bad stattfinden könne, und diese Ansicht rief eine lebhafte Diskussion im Anfang der 90er Jahre hervor, ohne daß es gelang, eine Einigung darüber zu erzielen. Es war hauptsächlich die Arbeit von Erös 1893, der bei 1000 Fällen 22% Nabelinfektion feststellte, die die Frage in Fluß brachte. Freilich wurden diese Beobachtungen von anderen Untersuchern nicht geteilt. In dem Referat von Seitz im Winckel'schen Handbuch wird die Frage nach dem Werte des Bades folgendermaßen beantwortet:

»Während sich die eine Gruppe von Autoren scharf gegen jedes Baden ausspricht und beim Gebrauch der Bäder eine verlangsamte Mumifikation des Stranges, eine Verzögerung des Abfalles und eine größere Häufigkeit von Nabeleiterungen gesehen haben will, hat eine zweite Gruppe beim Baden von all den schlimmen Erscheinungen nichts wahrgenommen, teilweise sogar ein besseres Gedeihen der Kinder beobachtet und Nabelinfektionen seltener auftreten sehen. Es wird die Gefahr einer langsamen Mumifikation und einer erhöhten Infektion infolge des Badens sehr überschätzt; vom 3. Tage ab, also zu einer Zeit, in der sich gewöhnlich erst pathogene Keime auf der Schnur vorfinden, rinnt das Badewasser wegen des mit der Eintrocknung verbundenen fettigen Degeneration vom Nabelschnurrest ab.«

Wenn wir einmal die pathologischen Vorgänge am Nabel betrachten, so ergibt sich, daß bereits nach 12 Stunden eine demarkierende Entzündung eingetreten ist und einen Schutzwall gegen Infektion bietet. Der frische Nabelstrang der Neugeborenen ist frei von Bakterien. Die Infektion tritt also zweifellos kurze Zeit nach der Geburt ein. Wenn wir also das Badewasser für infektiös halten, so müßte logischerweise vor allem das erste Bad, als das am meisten gefährdende wegbleiben, da zu dieser Zeit die größte Gefahr der Infektion besteht. Es kommt also alles darauf an, daß bei der Abnabelung und beim ersten Verband streng aseptisch vorgegangen wird. Damit kommen wir zu der Wichtigkeit der Abnabelung und des ersten Verbandes, der meiner Ansicht nach für die Frage des Badens von größter Bedeutung ist. Auch über das Abnabeln und den Nabelverband ist sehr viel gestritten worden. Zweifellos bildet ein langer Nabelschnurrest mit feuchter Gangrän eine größere Gefahr der Infektion, als ein möglichst kurzer. Ich halte auch die Bestimmung, daß zwei Querfinger vom Hautrand entfernt die Nabelschnur unterbunden werden soll, für reformbedürftig. Die definitive Unterbindung soll möglichst nahe dem Hautansatzer folgen, dann wird die Eintrocknung am besten begünstigt. Gelingt es uns, den ersten Verband aseptisch anzulegen, und bleibt derselbe 24 Stunden liegen, so liegt meines Erachtens kein Grund vor, das Baden zu unterlassen. Bei intelligenten Hebammen ist es wohl möglich, zu erreichen, daß sie das Kind richtig waschen. Bei weniger intelligenten, und das ist wohl die Hauptmasse, und ich habe das oft zu beobachten Gelegenheit gehabt, wird der Nabel beim Waschen freilich benetzt oder das Kind bleibt ungewaschen liegen. Außerdem aber liegt in dem

Digitized by Google

täglichen Bade in den ersten 10 Tagen ein nicht zu unterschätzendes Erziehungsmittel der Mütter, sie lernen das Baden und werden zur Reinlichkeit erzogen, und das halte ich für sehr wichtig. Von intelligenten Müttern und Hebammen hört man ja auch genügend oft den Einwand, warum denn das Kind das erstemal gebadet wird und dann erst nach dem Nabelabfall, wenn die Infektionsgefahr durch das Badewasser so groß sei. Die Notwendigkeit des ersten Bades wird allgemein zugegeben. Gibt es ein Mittel, dem Kinde die Wohltat des Badens zu erhalten und die Infektionsgefahr auf ein Minimum zu beschränken? Ich glaube, daß es das gibt; wir müssen die Nabelversorgung so gestalten, daß bei möglichster Kürze des Nabelstranges Sterilität und rasche Austrocknung gewährleistet wird. Ich möchte ein Verfahren erwähnen, das ich seit Jahren anwende und durch das ich glaube, allen Kautelen gerecht zu werden. Nach der Geburt des Kindes werden zur Abnabelung zwei ausgekochte Kocher'sche Klemmen benutzt, mittels deren die Nabelschnur möglichst intensiv zerquetscht wird, ähnlich wie bei der Appendektomie die Appendix mit der Zweifel'schen Quetschklemme, und zwischen denen die Nabelschnur durchschnitten wird. Nun wird das Kind mit der Klemme gebadet. Nach dem Baden wird die an der Nabelschnur liegende Klemme, die ja nach der erfolgten Geburt der Placenta frei ist, benutzt, um den inzwischen auch schon kollabierten Nabelschnurrest $^1/_2$ bis 1 cm vom Hautrande entfernt durchzuquetschen. Diese papierdünne Quetschfurche wird, wie bei der Ligatur eines Gefäßes abgebunden, mit sterilem Catgut, mit Seide oder auch mit sterilem Nabelband. Ich benutze Catgut. Es kommt aber natürlich nur auf die Sterilität des betreffenden Stoffes an. Die Ligatur muß natürlich genügend fest sein. Aufmerksamkeit ist besonders bei asphyktischen Kindern notwendig, weil da die Nabelschnur zuerst schlaff ist und dann plötzlich durch die bessere Atmung stärkeren Turgor bekommt. $^1/_2$ cm oberhalb der Ligatur wird das übrige Nabelschnurstück entfernt. Der Nabel wird mit einer möglichst dicken Schicht von Dermatol bepudert und sterile Gaze bzw. sterile Watte darauf gelegt und mit einer sterilen Binde verbunden. Bleibt der Verband so 24 Stunden liegen, so kann man meines Erachtens ruhig baden ohne eine Infektionsgefahr. Nach dem Baden wird der Nabel wieder eingepudert und trocknet so sehr schnell ab. Ich glaube also, daß es ein Verfahren gibt, mit dem wir dem Kinde die Wohltat des Bades zuteil werden lassen können, ohne es der Gefahr einer Infektion auszusetzen. Ein Verfahren, das auch in der Praxis der Hebamme beigebracht und gut gelernt werden kann. Die Bestimmung des Nichtbadens steht nun aber einmal in unserem Lehrbuch, und es wird sich empfehlen, so lange sie darin steht, keine Kardinalfrage aus dem Baden oder Nichtbaden zu machen. Man wird es dem Arzte, der Hebamme und der Mutter überlassen müssen, wie sie sich zu der Frage stellen. Wünschenswert wäre es ja, so lange diese Bestimmung in dem Sächsischen Lehrbuch steht, ihr möglichst nachzukommen. Vielleicht aber empfiehlt sich, bei der Neuauflage des Lehrbuches die Paragraphen über das Baden und die Abnabelung einer Revision zu unterziehen und möglichst eine einheitliche Bestimmung für das ganze Reich zu schaffen. Dem Arzte oder der Hebamme einen Vorwurf daraus zu machen, wenn sie badet, bzw. baden läßt, halte ich nicht für richtig.

Digitized by Google

II.

Ein Beitrag zur Widerstandskraft des Peritoneums und der Uterusnaht nach Sectio caesarea (von der Patientin selbst ausgeführt[1]).

Von

Dr. Rudolf Patek.

Die Widerstandsfähigkeit der Uterusnarbe nach Sectio caesarea wurde in der letzten Zeit öfters eingehender Diskussion unterzogen. So berichtet u. a. Harrer über 50 Fälle, die er nach Sectio caesarea zur Beobachtung bekam, und bei denen die Narbe 42mal vollständig solid war. Viermal konstatierte er eine zum Teil sehr hochgradige Verdünnung derselben, in zwei Fällen fand er an der Stelle der alten Narbe eine teilweise Ruptur, zweimal eine komplete Uterusruptur. Er kommt nach diesem Resultat, welches ergab, daß bei primärer Uterusnaht eine Ruptur in 8% der Fälle auftrete (allerdings scheint diese Zahl nach anderen Autoren zu hoch gegriffen zu sein) zu dem Schluß, daß »die Methode der Naht von weniger Belang sei, wenn die Naht selbst nur exakt ausgeführt wird und die Wundflächen frei aneinander gelegt werden«. Jede intrauterine Behandlung nach Sectio caesarea lehnt er jedoch wegen unmittelbarer Gefahr unbedingt ab und warnt nach Sectio caesarea wegen der Möglichkeit einer mechanischen Schädigung der uterinen Wunde vor jedem Eingriff.

Wenn auch dieser Standpunkt vielleicht etwas übertrieben erscheint, so ist immerhin nach einer überstandenen Sectio caesarea eine weitgehende Vorsicht bei später eintretender Gravidität am Platze, sowohl wenn der Uterus bei einer lege artis ausgeführten Sectio caesarea primär genäht ist, wie in ganz besonderem Maße bei einem Uterus, der durch ein besonderes Trauma verletzt wurde, sei es durch stumpfe Gewalt, durch Hieb, Schlag oder Fall aus bedeutender Höhe, sei es durch eine Stich- oder Schnittverletzung, die eine sekundäre Naht des Uterus bedingte.

In der Literatur finden sich Fälle von Aufschlitzen des Bauches und Eröffnung des Uterus bei graviden Frauen nur in geringer Zahl. Haberda zitiert einen Fall, in welchem sich ein 23jähriges, gravides Bauernmädchen einen Schnitt vom Nabel nach dem rechten Darmbein hin in einer Ausdehnung von 12 cm beigebracht hatte. Durch den Schnitt wurde der Uterus eröffnet und sie extrahierte durch die klaffende Uterus- und Bauchdeckenwunde das Kind, welches 1900 g wog. Nach der Geburt des Kindes fielen Dünndarmschlingen vor, welche die Pat. durch einen Notverband notdürftig zurückhielt. In diesem Zustande ging sie noch mehrere Stunden umher. Trotzdem kam es zur vollständigen Heilung. Über den weiteren Verlauf wurde nichts bekannt.

v. Sury berichtet über einen Fall, der eine 38jährige Pat. betrifft. Nachdem am Ende der Gravidität heftige Wehen aufgetreten waren und der Arzt einen normalen Befund konstatiert hatte, führte sie infolge zunehmender großer Schmerzen in der Nacht an sich selbst eine Sectio caesarea aus. Sie hatte gehofft, nach Entfernung des Kindes eine besondere Erleichterung zu erfahren. Das Kind war tot, die Pat. ging an Sepsis zugrunde.

Guggenberg schildert einen ähnlichen Fall, welcher folgende Anamnese

[1] Nach einem am 6. Juni 1913 in der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien gehaltenen Vortrage.

Digitized by Google

ergab. Die Frau hatte früher einmal gehört, daß der Kaiserschnitt in der Eröffnung der Bauchhöhle mittels eines Messers bestünde, und daß auf diese Weise das Kind herausbefördert würde. Wegen außerordentlich heftiger Wehen und einiger Krampfanfälle hatte die Pat. die Überzeugung, daß sie sterben müsse, und so faßte sie den Entschluß, ihren Qualen frühzeitig ein Ende zu bereiten und sich selbst mittels Kaiserschnitt zu entbinden. Sie führte diesen Vorsatz mit einem scharfgeschliffenen Rasiermesser aus, hatte jedoch bei der Operation die Angst, sie könnte sich mit dem Messer durch einen besonders kräftigen Schnitt auch den Darm verletzen. In der Hoffnung nach Extraktion des Kindes vielleicht doch noch am Leben bleiben zu können, durchschnitt sie zuerst sorgfältig die Haut, dann die Fascie und das Peritoneum und zum Schluß erst den Uterus. Die Extraktion des Kindes an einem Fuße gelang ihr ziemlich leicht, nur die Entwicklung des Kopfes bereitete ihr einige Schwierigkeiten. Sie erkannte das Kind als tot, schnitt aber dennoch die Nabelschnur entzwei, legte das Kind zu sich ins Bett und warf die Placenta unter dasselbe. Erst mehrere Stunden nachher wurde die Pat. in diesem Zustande angetroffen, der Darm wurde reponiert und die Bauchhöhle nach Naht des Uterus mittels mehrerer durchgreifender Nähte geschlossen. Die Pat. genas vollständig und konnte nach zirka 6 Wochen wieder schwere Arbeiten verrichten, doch findet sich in der Literaturangabe kein Vermerk, ob die damals 37jährige Pat. wieder gravid geworden sei.

Im März des Jahres 1909 wurde auf die chirurgische Abteilung des Kronprinzessin Stefanie-Spitales in Wien (Vorstand: Primarius Dr. Rosanes) eine 19jährige, bewußtlose Patientin eingeliefert, die außerordentlich anämisch war, und bei welcher man nach Abnahme eines provisorisch angelegten Verbandes eine Schnittwunde in der Mittellinie des Abdomens handbreit oberhalb der Symphyse fand, welche eine Ausdehnung von über 15 cm hatte und aus welcher sich mehrere Dünndarmschlingen herauswälzten. Es handelte sich um eine penetrierende Bauchwunde.

Nachdem die Haut in der Umgebung der Wunde gereinigt war, wurde die Pat. narkotisiert. Die Därme wurden genau inspiziert, doch fand sich keinerlei Verletzung derselben, so daß sie reponiert werden konnten. In der Bauchhöhle jedoch fand sich blutig-seröse Flüssigkeit. Erst dieser Umstand veranlaßte den Operateur (Dr. Bick) die Blase sowie die anderen Organe genau zu inspizieren. Dabei fand sich im Abdomen ein etwa kindskopfgroßer derber Tumor, der sich als der gut kontrahierte Uterus entpuppte. Hierauf wurde der Uterus durch die Bauchwunde herausgewälzt, wobei sich zeigte, daß er der ganzen Länge nach durchtrennt und das Cavum uteri eröffnet war. Im Uterus fanden sich nur noch einige spärliche Placentar- und Eihautreste. Fötus und Placenta waren nicht vorhanden. Der Uterus wurde sorgfältig mit Seide genäht, die Bauchhöhle drainiert und die Bauchdecken in Etagennaht geschlossen.

Die Pat. erholte sich von dem Shock ziemlich rasch. Die Temperatur war normal, die Sekretion durch das Drain so gering, daß dieses am dritten Tage nach der Operation entfernt wurde. 2 Tage nachher plötzlich hohe Temperaturen. In der Wunde wird ein Abszeß gefunden, der eröffnet und drainiert werden muß. Die hohen Temperaturen hielten noch weiter an, die Sekretion durch das Drain war sehr stark, und außerdem bildete sich auf der rechten Seite ein parametranes Infiltrat. Die Pat. hatte noch durch 6 Wochen erhöhte Temperaturen, die jedoch allmählich sanken, so daß sie etwa 8 Wochen nach der Operation aus der Anstalt geheilt entlassen werden konnte.

Die einige Zeit nach der Einlieferung der Pat. in das Spital mit ihr und

Digitized by Google

zum größten Teil mit ihren Angehörigen aufgenommene Anamnese ergab, daß das 19jährige Mädchen die Schande ihrer Schwangerschaft nicht überleben zu können glaubte und sich schon in den ersten Monaten der Gravidität öfter mit Selbstmordgedanken trug, dieselben jedoch immer wieder verworfen hatte. An dem Tage, an welchem das vermutliche Ende der Schwangerschaft herangerückt war, faßte sie, ohne irgendwelche Wehen zu haben, mittags den Entschluß zu sterben. Gegen Abend teilte sie ihrer Mutter mit, daß sie sich waschen wolle, nahm einen großen Kübel mit Wasser in die Küche, setzte sich davor und schnitt sich mit dem in Gebrauch befindlichen Rasiermesser ihres Vaters mit einem einzigen kräftigen Schnitt die Bauchdecken und die Gebärmutter auf. Sie soll dabei angeblich keine Schmerzen verspürt haben und soll ohne zu wissen, was mit dem Kinde geschehen sei, erst später beim Anblick der Blutlache am Boden in Ohnmacht gefallen sein, nachdem sie ihrer plötzlich in die Küche eintretenden Mutter auf die Frage, was sie eigentlich mache, kurz und bündig geantwortet hatte: »Ich habe mir den Bauch aufgeschnitten.«

Das Kind und die Placenta wurden in der Nacht in dem Kübel gefunden. Das Kind hatte gelebt und war, wie die gerichtsärztliche Untersuchung ergeben hatte, in dem Waschwasser des Kübels ertrunken

Die Pat. blieb nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhause noch weiter in ärztlicher Beobachtung, befand sich vollständig wohl, hatte mittlerweile geheiratet und war wieder gravid geworden. In der zweiten Hälfte der Gravidität wurde mir die Frau zur Untersuchung gesandt, um ihr eventuelle Vorsichtsmaßnahmen für die Zeit der Entbindung zu empfehlen.

Die Frau ist mittelgroß, kräftig gebaut, gut genährt und äußerst intelligent. In der Linea alba findet sich eine zirka 20 cm lange und 2—3 cm breite, dunkelbraun pigmentierte Narbe, in deren unterem Drittel sich eine zirka über zweikronenstückgroße außerordentlich dünne Stelle findet, welche sich beim Pressen oder Husten blasenförmig vorwölbt. Durch dieselbe ist die glatte Vorderwand des graviden Uterus zu tasten, welche an einer näher dem Fundus gelegenen Stelle eine leicht höckerige, narbige Struktur aufzuweisen scheint. Die äußere Untersuchung ergibt einen gleichmäßig ausgedehnten Uterus, dessen Fundus in Nabelhöhe steht, und ein vollkommen normales Becken.

Die Pat. hatte über keinerlei Beschwerden zu klagen, so daß mit vollständiger Ruhe das Ende der Gravidität abgewartet werden konnte.

Mit zunehmendem Umfange des Abdomens dehnte sich auch die oben beschriebene Bauchwandhernie etwas weiter aus, und es zeigte sich außerdem noch eine nicht ganz geringgradige Diastase der Musculi recti. Es wurde der Frau empfohlen, eine Bauchbinde zu tragen, um die Bauchdecken etwas zu entlasten, sonst aber erwiesen sich keinerlei Vorsichtsmaßregeln als nötig. Am normalen Ende der Gravidität traten frühmorgens leise Wehen ein, die sich allmählich bis Mittag steigerten, von da ab jedoch beinahe völlig nachließen. Die äußere Untersuchung ergab eine erste Schädellage, die kindlichen Herztöne waren laut und regelmäßig, nicht frequent, die innere Untersuchung ergab am späten Nachmittage desselben Tages einen völlig verstrichenen Muttermund, den Schädel am Beckenboden stehend. Da mittlerweile die Wehentätigkeit fast vollständig nachgelassen hatte und die Pat. nunmehr anfing nicht nur außerordentlich ungeduldig, sondern auch sehr besorgt zu werden, mußte, um jeden operativen Eingriff, wenn irgendwie möglich, zu vermeiden, die Wehentätigkeit wieder angeregt werden.

Von der Erfahrung ausgehend, daß auf Injektionen von Hypophysenextrakten

Digitized by Google

häufig äußerst stürmische, ja manchmal sogar krampfartige Wehen auftreten, die in diesem Falle unter allen Umständen vermieden werden sollten, versuchte ich zunächst den Uterus durch kleine Secacorningaben ($^1/_2$ ccm) zu sensibilisieren, um hernach mit Pituglandoldosen von etwas weniger als $^1/_2$ ccm das Auslangen zu finden. Gleich auf die erste Secacorningabe erfolgten leichte rhythmische Kontraktionen des Uterus, und eine Pituglandolinjektion nach zirka einer halben Stunde rief ganz prompt recht kräftige, lange anhaltende, jedoch nicht stürmische, in kurzen Intervallen auftretende Wehen hervor, so daß es ungefähr 20 Minuten nach der Injektion zur spontanen Geburt eines kräftigen, schreienden Knabens kam. Zirka 15 Minuten nach der Geburt des Kindes wurde die vollständig gelöste und intakte Placenta auf ganz leichten Druck auf die Bauchdecken spontan ausgestoßen.

Die Geburtswege waren in keiner Weise verletzt worden, so daß jeder weitere Eingriff entfallen konnte. Auch stellte sich keine Nachblutung ein. Der Uterus zeigte sofort nach der Geburt die Tendenz, sich zu kontrahieren, welches Bestreben noch durch weitere geringe Secacorningaben unterstützt wurde.

Die Frau hatte die Geburt, die verhältnismäßig in sehr kurzer Zeit und scheinbar ohne besondere Schmerzen verlaufen war, sehr gut überstanden, der Uterus wurde weiter genau beobachtet und die Bauchdecken durch eine stramme Bauchbinde gefestigt. Das Wochenbett verlief vollständig glatt und anstandlos ohne die geringste Temperatursteigerung, so daß die Pat. am 6. Tage aufstehen konnte.

Die Bauchdeckenhernie, sowie die Diastase der Musculi recti verkleinerten sich in den nächsten Tagen sichtlich, und die Frau konnte ohne weiteres ihrer häuslichen Beschäftigung nachgehen. Bei dieser Gelegenheit sei erwähnt, daß die Frau, deren Intellekt seinerzeit im Anschluß an ihren Selbstmordversuch sehr in Frage gestellt worden war, sich als außerordentlich tüchtige und intelligente Arbeiterin bewährt, die nach den kompliziertesten Entwürfen Wiener Maler die feinsten Stickereiarbeiten ausführt und auch sonst als recht intelligente Hausfrau und Mutter angesehen werden muß. Nach eingehender Beschäftigung mit der Frau und genauer Beobachtung derselben muß man zu dem Resultat kommen, daß ihre damalige Tat nicht auf einen Intelligenzdefekt, sondern eher auf mangelhafte Zurechnungsfähigkeit zurückzuführen sei.

Es wurde auch seinerzeit die Frage aufgeworfen, ob es sich um einen gewöhnlichen Selbstmordversuch oder aber um einen versuchten Kindesmord gehandelt habe. Die gerichtliche Untersuchung wurde jedoch vollkommen eingestellt. Die Anamnese dieses Falles findet zum Teil in einer Publikation v. Sury's Erwähnung.

Die Durchtrennung des Peritoneums sowie die Eröffnung des Uterus war ohne vorhergegangene Reinigung der Bauchdecken oder gar Desinfektion derselben mit einem nicht sterilen Instrument ausgeführt worden. Es scheinen dennoch durch die Verletzung weder auf das Peritoneum noch in den Uterus Infektionskeime getragen worden zu sein. Anderenfalls müßte sowohl das Peritoneum als auch der puerperale Uterus die Fähigkeit besessen haben, sich derselben zu erwehren, da es weder zur Peritonitis noch zum Ausbruch eines Puerperalprozesses gekommen war.

Derartige Fälle sind interessant, weil sie ein Beitrag sind für die Tatsache, daß das Peritoneum bei gewiß nicht aseptischen Eingriffen und Verletzungen, wie sie zum Beispiel auch durch Aufspießen oder Aufschlitzen des

Digitized by Google

Bauches durch Tiere (Hörnerverletzungen) oder auch durch Stiche mit verschiedenartigen Instrumenten entstehen, eine gute Widerstandskraft zeigt. Zweitens zeigt sich, daß die Naht des Uterus, auch unter ungünstigen Momenten ausgeführt, nicht unmittelbar post partum und unter keineswegs aseptischen Kautelen — doch zur vollkommenen Heilung geführt hat, so daß die nachfolgende Schwangerschaft und Entbindung einen normalen und ungestörten Verlauf nehmen konnte.

Literatur:

v. Guggenberg, Prager med. Wochenschr. 1885. Nr. 1.
Haberda, Beiträge zur gerichtl. Medizin. Deuticke 1911.
Haberda, Schmidtmann, Handbuch der gerichtl. Medizin Bd. I.
v. Sury, Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte 1910. Nr. 4.
v. Sury, Münchener med. Wochenschr. 1908. Nr. 29.

III.

Zur Kasuistik der Riesenmyomcysten[1].

Von

L. v. Lingen in St. Petersburg.

Ich habe vor wenigen Tagen eine 55jährige Pat. operiert, bei welcher vor 24 Jahren ein Tumor im Unterleib konstatiert worden war. Die Geschwulst war langsam, aber stetig gewachsen, in den letzten 3 Jahren war sie nicht mehr gewachsen. Klimax 3 Jahre. Menses regelmäßig, nur vor 14 Jahren litt Pat. 3 Jahre hindurch an unregelmäßigen Blutungen. Der Leib war durch einen kolossalen Tumor vorgewölbt, die Bauchdecken ad maximum ausgedehnt, in der Haut zahlreiche Venen sichtbar, Umfang des Leibes im Stehen in Nabelhöhe 140 cm, von der Symhyse bis zum Nabel 30 cm, vom Nabel bis zum Proc. xiph. 40 cm, Fluktuation, in den Flanken tympanitischer Schall. Untersuchung per vag. resultatslos, der explorierende Finger erreicht nicht einmal die Portio. Vorläufige Diagnose: Cystoma ovarii. Operation: Nach Eröffnung der Peritonealhöhle fließt ein halbes Glas Ascitesflüssigkeit ab, Punktion des cystischen Tumors und Entleerung eines Teiles des Inhaltes (9500 ccm), Herauswälzen des noch stark gefüllten Tumors. Beide Ovarien erwiesen sich als normal, der Tumor ging von der hinteren Wand des Uterus aus, der Stiel war gebildet durch die untere Partie des Uterus und die ausgedehnte Vagina. Supravaginale Amputation, Unterbindung von fingerdicken Venen, Vernähung des Peritoneums, Schluß der Bauchhöhle, Druckverband. Postoperativer Verlauf vollkommen normal, Pat. nach 18 Tagen gesund entlassen. — Die abgelassene Flüssigkeit ist strohgelb, partienweise bräunlich, spezifisches Gewicht 1020, Reaktion neutral, gerinnt sofort beim Kochen, bei der mikroskopischen Untersuchung sieht man Cholestearinkristalle, chemische Reaktion auf Cholestearin negativ. Das Gesamtgewicht des Tumors und der abgelassenen Flüssigkeit beträgt 45 1/2 Pfund. Das Präparat stellt eine noch mit mehreren Litern gefüllte Cyste dar. Die vordere Wand des beträchtlich vergrößerten Uterus tritt plastisch auf der Geschwulst hervor, beiderseits gehen normale Tuben ab, die Ligamenta rotunda deutlich ausgesprochen, beiderseits normale, derbe, für das Alter der Pat. vielleicht etwas vergrößerte Ovarien. In der rechten Cervicalgegend ein faustgroßer Myom-

[1] Nach einem am 7. Mai 1913 im Verein Petersburger Ärzte gehaltenen Vortrag; in verkürzter Form.

Digitized by Google

knoten. Die Schleimhaut der vergrößerten (16 cm) Uterushöhle von normalem Aussehen. Die hintere Uteruswand geht in die Wandung der Cyste direkt über.

Das beschriebene Riesencystomyom gehört zu den größten der in der Literatur beschriebenen. Lihotzky (Zentralblatt 1909, Nr. 34), Windisch (Zentralblatt 1912, Nr. 31), Olshausen (Zeitschrift für Geb. u. Gyn. Bd. LIV, p. 377) und Uljanowski (Journal f. Geb. u. Gyn. 1910, russisch) beschreiben ebenfalls Cystomyome, die sich durch ihre Größe und Gewicht auszeichnen. Das cystische Myom von Lihotzky enthielt 34, das von Windisch 28 Liter, das Gewicht ist nicht angegeben. Der eine von Olshausen beschriebene Tumor wog 34 Pfund, der Uljanowski'sche wog 2 Pud 8 Pfund, weil neben der Myomcyste sich ein großes solides Myom befand. Die Ausdehnung des Leibes betrug 143 cm, also 3 cm mehr als in meinem Falle. Aus obigen Mitteilungen ersieht man, daß Myomcysten überhaupt, zumal von der Größe meines Präparates, eine Seltenheit sind. Ohne auf die Genese genauer einzugehen, will ich nur erwähnen, daß die Cystomyome in drei Formen eingeteilt zu werden pflegen: 1) die lymphangiektatische ist die häufigste und liegt auch in meinem Falle vor. 2) Die degenerativen, nekrobiotischen Vorgänge in soliden Myomen; die Hauptrolle spielt die myomatöse Degeneration, es kommt zur allmählichen Einschmelzung größerer Partien und zur Bildung größerer cystischer Hohlräume. 3) Die Cystadenome, welche nach v. Recklinghausen von Resten des Wolff'schen Ganges ausgehen. Später wurde von Robert Meyer nachgewiesen, daß die Drüseneinlagerungen in Myomen auch von Resten des Müller'schen Ganges herrühren können. (Aulhorn, Zentralblatt 1909, Nr. 31).

Mikroskopischer Befund. Bei der mikroskopischen Untersuchung eines aus der Cystenwand exzidierten Stückes sieht man auf den ersten Blick, daß diese aus charakteristischen Muskelfasern besteht. Stellenweise ziehen sie in langgestreckten Bündeln hin und bilden die gesamte Dicke der Wand, meist aber werden die Muskelfasern durch parallel sich hinziehende Lymphräume auseinander gedrängt. Dann bilden die Muskelfibrillen ein dünnes Faserwerk, zwischen dessen Verzweigungen die teleangiektatischen Räume in großer Zahl, von länglicher und rundlicher Form in verschiedener Größe liegen. In den verschiedenen Lymphspalten sieht man eine gelbliche, körnige Masse, die geronnene Lymphe; nur selten gelingt es, auf der Innenfläche der kleinen Höhlen flache, längliche Zellen mit in die Länge gezogenen Kernen zu sehen. An der Innenfläche der Cystenwand findet sich keine Spur von Endothel. Arterien und Venen sind spärlich vorhanden. Das mikroskopische Bild, d. h. die Anwesenheit von Muskelfasern und erweiterten Lymphräumen, bestätigt die Diagnose Cystomyoma teleangiectaticum vollauf. Bei der Untersuchung des aus dem Uterusfibrom der Cervixgegend herausgeschnittenen Stückes fand sich das für ein Fibrom charakteristische Bild.

Berichte aus gynäkologischen Gesellschaften.

1) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Leipzig.

610. Sitzung vom 10. März 1913.

Vorsitzender: Herr Donath; Schriftführer: Herr Bretschneider.

Herr Lichtenstein: Über das Dialysierverfahren nach Abderhalden.

Nachdem dies geschehen, berichtet Vortr. über 26 Fälle, die mit dem Dialysierverfahren untersucht wurden. Darunter waren 11 Gravide und 4 Wöch-

Digitized by Google

nerinnen, deren Serum auf Placenta geprüft wurde. Von Nichtgraviden stammte das Blutserum je 1mal von einer Kranken mit Karzinom und Myom und 3mal vom Nabelschnurblut. 6mal wurde Zerebrospinalflüssigkeit untersucht, und zwar 2mal von Graviden und 4mal von Nichtgraviden.

Unter den Graviden, deren Blutserum untersucht wurde, waren 5 Tubargraviditäten, darunter 3 Hämatokelen, 1 Eklampsie am Ende der Zeit, 1 Nephritis vom 7. Monat, 3 Aborte aus dem 2.—4. Monate. Die 4 Wöchnerinnen waren 2mal am 1., je 2mal am 2. und 8. Wochenbettstage.

2 Fälle — je 1mal Serum von der Myomkranken und vom Nabelschnurblut — sind auszuschalten, weil da der Dialysierversuch mit voller Absicht angestellt wurde, wiewohl mir bekannt war, daß das Serum nicht einwandfrei war. Das fötale Serum hatte 48 Stunden unbedeckt im Laboratorium gestanden, während das andere Serum durch Schlagen des Blutes hämolytisch geworden war. Beide Sera reagierten infolge der Versuchsfehler positiv mit der Ninhydrinprobe, dürfen aber natürlich nicht gegen die Methode angeführt werden.

Im übrigen gab die Ninhydrinprobe stets positive Reaktion bei Graviden und Wöchnerinnen, deren Blutserum Placenta stets abbaute. Nabelschnurblutserum und Serum von Nichtgraviden baute dagegen nicht ab. Zerebrospinalflüssigkeit baute in keinem Falle Placenta ab, also weder die von Graviden noch die von Nichtgraviden.

Wird damit im allgemeinen eine Bestätigung der Mitteilungen Abderhalden's ausgedrückt, so kann unser Urteil nicht eher abgeschlossen werden, bevor nicht mehr Fälle untersucht sind. Andererseits haben wir gerade Fälle gehabt, die ihrer Eigenart nach sehr zugunsten der Methode sprechen.

Von den 3 Fällen, die durch die Operation als Hämatokelen bestätigt wurden, kamen 2 mit Fieber zwischen 38 und 39. Die Anamnese ließ hier schon klinisch diese Diagnose mit größter Wahrscheinlichkeit stellen. Im 3. Falle bestand gar kein Fieber, die Anamnese war ganz uncharakteristisch für Extrauteringravidität, es fehlte vor allem der Schmerzanfall. Die positive Reaktion der Ninhydrinprobe ließ die Diagnose Hämatokele mit Sicherheit stellen, wie auch in den ersten beiden Fällen ein Exsudat ausgeschlossen werden konnte.

Besonders interessant war ein Fall, der wegen geplatzter Extrauteringravidität eingeliefert wurde und sofort zur Operation kam. Die Menses waren 2 Monate ausgeblieben. Pat. erkrankte mit Schmerzanfall, Zeichen einer schweren inneren Blutung und Ohnmacht. Der Schmerz war links. Bei der Operation fand ich die linke Tube schlank, nur das Fimbrienende etwas geschwollen und hämorrhagisch verfärbt. Das Ei war vollständig erhalten und wurde unter Blutcoagula gefunden. An einem Pol Placentargewebe in ca. markstückgroßer Fläche. An der hinteren Platte des Lig. latum eine rauhe, hämorrhagische Stelle. Schon makroskopisch mußte der Fall als gestielte Tubargravidität = Fimbriengravidität angesprochen werden, da die Tube vollkommen intakt und das Lumen durchgängig war. Diese Ansicht wurde durch die mikroskopische Untersuchung bestätigt, bei der nirgends in der Tube Veränderungen sich finden ließen, die für eine Eiimplantation in der Tube gesprochen hätten. Trotzdem war die Ninhydrinprobe stark positiv. Bei diesen anatomischen Verhältnissen kann ein Hineinragen von Chorionzotten tief in weite Venen ausgeschlossen werden, ebenso wohl ein massenhaftes Abschwemmen von Chorionzotten ins mütterliche Blut. Wenn trotzdem die Serumreaktion stark positiv war, so kann dieser Fall die Ansicht Abderhalden's stützen, daß es zu deren Zustandekommen eines Abschwemmens von Zotten ins mütterliche Blut nicht bedarf, sondern nur von Stoffen aus dem Ei.

Digitized by Google

Da außerdem die Reaktion unabhängig ist vom Leben oder überhaupt der Anwesenheit einer Frucht, so kann es vorkommen, daß die Reaktion einmal negativ ausfällt, wenn zwar noch Placenta zurückgeblieben ist, ein Stoffaustausch aber nicht mehr statthat. Der Kliniker muß daher den einzelnen klinischen Verhältnissen weitestgehend Rechnung tragen. Er muß sie peinlich genau studieren, eher er einen solchen Fall gegen die Methode anführt.

Wieviel die Methode in der Praxis leisten wird, muß weiterhin studiert werden. Warnen darf man wohl davor, sie weitgehend dazu heranzuziehen, daß man jeder Frau das positive Resultat sofort mitteilt, die nach ein- oder zweimaligem Ausbleiben der Menses wissen will, ob sie gravid ist. Viele wollen das ja nur wissen, um den rechten Zeitpunkt zu einem bestimmten Zwecke nicht zu verpassen. Die »Tentamina abortus provocandi«, sogar deficiente graviditate sollten uns eine Warnung sein, diesen Intentionen durch unterschiedsloses Mitteilen des positiven Resultates Vorschub zu leisten. Wenigstens dürfte es berechtigt sein, hierüber zu diskutieren, gerade heute, wo der artifizielle Abort immer mehr überhand nimmt.

Diskussion. Herr Rübsamen (Dresden, als Gast): Die Schwangerschaftsdiagnose mittels der Abderhalden'schen Methode wird seit Dezember 1912 auch an der Dresdener Frauenklinik ausgeführt. Anfangs wurde nur mit dem Dialysierverfahren gearbeitet (26 Fälle); seit Ende Januar 1913 sind wir in der Lage, auch die optische Methode zu üben (18 Fälle) und verfügen bis heute insgesamt über 44 Fälle; außerdem haben wir 26 Fälle untersucht, in denen die Möglichkeit von technischen Versuchsfehlern nicht ausgeschlossen war, und die wir deshalb unberücksichtigt lassen müssen.

Es scheint uns von besonderer Bedeutung zu sein, die Reaktion mit zwei verschiedenen Methoden gleichzeitig anstellen zu können, da sich dann die beiden Methoden gegenseitig kontrollieren. Wir verfolgen das Prinzip, keine Massenuntersuchungen vorzunehmen, sondern beschränken uns darauf, täglich höchstens 2—4 Sera zu untersuchen, machen jedoch alle Untersuchungen doppelt bis dreifach, sowohl nach der optischen Methode, wie auch nach dem Dialysierverfahren.

Die Portion des zum Dialysierverfahren notwendigen Placentargewebes wird nach den Abderhalden'schen Angaben für jeden Versuch einzeln noch einmal ausgekocht und zur Kontrolle die Ninhydrinreaktion (1 ccm) im Kochwasser (5 ccm) angestellt.

Wir untersuchten 18 Fälle von normaler Gravidität, davon 5 mit beiden Methoden. 2 Fälle betrafen Schwangerschaften von weniger als 2 Wochen Dauer, in 8 Fällen handelte es sich um Schwangerschaften im 1.—5. Monat. In allen diesen Fällen war die Reaktion sicher positiv; am deutlichsten war sie in der ersten Hälfte der Schwangerschaft; eine Ausnahme bildete nur eine 8 Tage bestehende Schwangerschaft, die nur eine schwache Reaktion mit dem Dialysierverfahren gab. Bei 16 Nichtgraviden fiel die Reaktion negativ aus; in 8 von diesen wurden beide Methoden geübt.

Bei einer nichtgraviden Frau bekamen wir eine positive Reaktion. Es handelte sich um eine kachektische, anämische Pat., und sowohl mit der optischen Methode als auch mit dem Dialysierverfahren fiel die Reaktion positiv aus. Optisch war der größte Ausschlag 0,08. Es war mir, als ich die Reaktion bei dieser Pat. anstellte, nicht bekannt, daß es sich um eine anämische, kachektische Frau handelte, sonst hätte ich nach den Abderhalden'schen Angaben nicht 1,5, sondern nur 1,0 ccm Serum zur Dialysierprobe genommen, um auch die Möglichkeit eines

Digitized by Google

Versuchsfehlers auszuschalten. Wir stellten in diesem Falle die Diagnose auf Gravidität und waren sehr enttäuscht, als sich nach einigen Tagen die normale Periode wieder einstellte.

In einem Falle von Schwangerschaftspruritus, der durch normale Schwangerschaftsseruminjektion geheilt wurde, war die Ninhydrinreaktion im Dialysierverfahren (optisch konnte damals noch nicht untersucht werden) vor der Serumtherapie schwächer als nachher.

Fünf Fälle von Eklampsie kamen zur Beobachtung, davon wurde in 2 nur das Dialysierverfahren, in den übrigen 3 Fällen wurden beide Methoden geübt. Da wir zurzeit die Eklampsie mit dem Aderlaß nach Zweifel behandeln, haben wir stets reichliche Serummengen für unsere Versuchszwecke zur Verfügung. In 4 Fällen war die Reaktion mit dem Dialysierverfahren ganz schwach positiv. In 2 von diesen Fällen konnte auch optisch nur eine geringe Spaltung nachgewiesen werden. Maximaldifferenz 0,03. In diesen 4 Fällen handelte es sich um leichtere Eklampsien, die nach dem Aderlaß keinen Anfall mehr bekamen. Der 5. Fall war schwererer Natur und zeichnete sich dadurch aus, daß das Serum weder optisch abbaute, noch mit dem Dialysierverfahren eine positive Schwangerschaftsreaktion ergab. Die Dialysate von Eklampsieserum mit normaler Placenta wirkten, wie auch Eklampsieserum allein, nicht toxisch, wogegen es, mit Eklampsieplacenta versetzt, ein mit Ninhydrin nicht reagierendes Dialysat lieferte, das, einer Maus intraperitoneal injiziert, stark toxisch wirkte, wie dies ja auch Abderhalden schon festgestellt hat. Auch normales Schwangerschaftsserum bildete mit Eklampsieplacenta toxische Dialysate.

Die Erfahrungen bei der Eklampsie gaben uns einen Fingerzeig für die Prognose, und wir können sagen, je stärker das Eklampsieserum abbaut, desto günstiger ist die Prognose zu stellen.

Ein Fall kam zur Beobachtung wegen Verdacht auf Tubargravidität, die Reaktion fiel mit beiden Methoden negativ aus; im Einklang mit dieser Reaktion trat einige Tage später auch die Periode wieder regelmäßig ein.

Zwei Fälle von später klinisch bestätigter Tubargravidität ergaben positive Reaktion mit dem Dialysierverfahren, mit der optischen Methode wurden sie nicht untersucht. In dem einen Falle widersprach der positive Ausfall dem klinischen Untersuchungsbefund, und man glaubte an eine Verwechslung der Blutsera und wollte die Reaktion noch einmal wiederholen; jedoch kam man aus äußeren Gründen nicht dazu. Bei der Operation wurde frühzeitige Tubargravidität gefunden. Im anderen Falle von einer Pat., bei der klinisch die Diagnose nicht entzündlicher Adnextumor gestellt worden war, wurde das Blutserum zu therapeutischen Zwecken (zur Injektion bei einem Kinde mit Melaena neonatorum) entnommen und gleichzeitig die Schwangerschaftsreaktion mit dem Dialysierverfahren ausgeführt, die stark positiv ausfiel. Bei der einige Zeit später vorgenommenen Operation fand man eine Tubargravidität.

Unsere Resultate, die wir mit den Abderhalden'schen Methoden bezüglich der Schwangerschaft erreicht haben, sind bei strikter Befolgung der Originalvorschriften erreicht worden, und auch wir sind der Ansicht, daß die mit so viel Mühe und Sorgfältigkeit ausgearbeiteten Methoden in peinlicher und exakter Weise innegehalten werden müssen. Bei normalen Schwangeren und Nichtschwangeren hat die Methode bei uns nie versagt, und wir sind damit beschäftigt, eine Versuchsreihe auch bei Nichtschwangeren anzustellen, die sich unter pathologischen Verhältnissen befinden.

Erwähnt sei noch, daß das Serum von einer Karzinomkranken und auch ein

Digitized by Google

normales männliches Serum im Dialysierverfahren mit Placenta keine positive Reaktion gab.

Herr Aschner (als Gast): M. H. Gestatten Sie mir, daß ich im Anschluß an den Vortrag des Herrn Lichtenstein auf Veranlassung meines Chefs, des Herrn Geheimrates Veit, Ihnen ganz kurz über die Resultate berichte, welche wir an unserer Klinik mit dem Dialysierverfahren von Prof. Abderhalden bekommen haben.

Nachdem schon vor Monaten über 100 Fälle mit fast ausnahmslos richtigen Resultaten mittels der Biuretreaktion untersucht, aber nicht publiziert worden waren, habe ich in den letzten 2 Monaten über 50 Fälle mittels der Ninhydrinreaktion untersucht.

Wir konnten zu unserer großen Befriedigung an 17 Schwangeren jedesmal eine positive Reaktion, an 8 normalen nichtschwangeren Frauen jedesmal einen negativen Ausfall der Reaktion feststellen. Nachdem wir uns so von der absoluten Zuverlässigkeit dieser Reaktion für die erwähnten Kategorien von Fällen überzeugt hatten, wendeten wir uns komplizierteren Fragen zu.

Besonders erfreulich war es, daß wir in 2 Fällen mittels des Dialysierverfahrens eine Extrauteringravidität diagnostizieren konnten, was dann auch durch die Operation verifiziert wurde.

Größere Schwierigkeiten bereitete mir die Frage, ob das Serum von Pat. mit Fieber, Eiterung oder Karzinom Placenta abbaut oder nicht.

Von 11 Fällen mit febriler oder subfebriler Temperatur, meist handelte es sich um Adnextumoren oder andere entzündliche Erscheinungen im Bereiche des Genitales, hatte ich in 5 Fällen eine schwach positive, allerdings nur spurenweise vorhandene Reaktion. Da in den meisten dieser Fälle jedoch Kontrolluntersuchungen Prof. Abderhalden's mittels der optischen Methode allein oder beiden Methoden vorliegen, welche mit Ausnahme eines einzigen noch ungeklärten Falles, stets negative Reaktion ergaben, bin ich geneigt, die spurenweise positive Reaktion in meinen Versuchen, teils darauf zurückzuführen, daß ich in den früheren Versuchen 1,5 ccm Serum statt 1,0 ccm Serum (wie es in der neueren Vorschrift Abderhalden's heißt) verwendet habe, teils darauf, daß mir vielleicht doch noch kleine Fehler in der Versuchsanordnung unterlaufen waren, die mir bisher entgangen sind.

Ähnliches gilt für das Karzinom, bei welchem ich in 6 Fällen negative, in 3 Fällen spurenweise positive Reaktion erhielt. Auch hier ergaben die Kontrolluntersuchungen Prof. Abderhalden's stets ein negatives Resultat.

Schließlich möchte ich noch mit Rücksicht auf die Mitteilung von Polano in Würzburg erwähnen, daß auch an unserer Klinik seit Ende Januar Versuche mit fötalen Organen gemacht werden. Ob dieselben tatsächlich vom Schwangerenserum abgebaut werden oder nicht, möchte ich bei der großen Subtilität der Methode ohne das Votum von Prof. Abderhalden nicht entscheiden. Theoretisch wäre allerdings die Möglichkeit eines solchen Abbaues durchaus plausibel und meiner Meinung nach auch mit der Abderhalden'schen und Veit'schen Theorie durchaus nicht unvereinbar (Auslösung der Schwangerschaftsreaktionen durch das Ei als Ganzes = Placenta + Fötus). Zum Schluß möchte ich mir noch erlauben, zwei die Eklampsiefrage betreffende Befunde hervorzuheben. 1) Daß Eklampsieplacenta von normalem Schwangerenserum schlechter abgebaut zu werden scheint als normale Placenta und 2) daß das aus einem sehr eiweißreichen Eklampsieharn gewonnene Eiweiß

Digitized by Google

sich so verhielt wie placentares Eiweiß. Ich habe aus 1 Liter Eklampsieharn auf Anregung meines Chefs das Eiweiß durch Kochen des Harns ausgefällt, filtriert, mit heißem Wasser gründlich ausgewaschen und schließlich so lange gekocht, bis das Kochwasser mit Ninhydrin keine Reaktion mehr gab. Das so gewonnene Eiweiß wurde nun in Mengen von ca. je 1 g analog wie Placenta als Substrat gegenüber Serum verwendet und bisher stets von normalem Schwangerenserum abgebaut, vom Serum normaler Nichtschwangerer nicht abgebaut. Ob man daraus schon den Schluß ziehen darf, daß direkt placentares Eiweiß im Harn vorliegt, wage ich vorläufig noch nicht zu entscheiden.

Herr Lampé (Halle a. S., als Gast): M. H. Ich möchte Ihnen kurz über einige Untersuchungen mit Hilfe des von Herrn Prof. Abderhalden angegebenen Dialysierverfahrens berichten, die nicht die Schwangerschaft betreffen. Zunächst stellten wir uns die Aufgabe, normale Männerseren auf ihr Verhalten Organen verschiedenster Art gegenüber zu prüfen. Wir erhielten niemals einen Abbau. Von ganz besonderem Interesse war weiterhin die Frage, wie sich das Serum von weiblichen Hochfiebernden und Karzinomträgern verschiedenen Substraten gegenüber verhält, da diesen Seren von einigen Seiten eine abbauende Fähigkeit zugeschrieben wird. Wir konnten feststellen, daß weder Fieber- noch Karzinomserum, mit den verschiedensten Organen zusammengebracht, wie Placenta, Schilddrüse, Leber, Nieren, Nebennieren, Pankreas, Keimdrüsen, Muskelgewebe einen Abbau ergaben. Ganz besonders sei bemerkt, daß wir bei den Seren, die uns zur Untersuchung zur Verfügung gestellt wurden, nicht wußten, von welchen Pat. diese stammten. Selbst in den Fällen, in denen Herr Dr. Aschner einen positiven Befund erzielt haben will, erhielten wir ein negatives Resultat. Es ist besonders darauf aufmerksam zu machen, daß Fieber- wie Karzinomserum an und für sich sehr viele Stoffe enthalten, die die Dialysierhülse passieren und somit eine positive Reaktion mit Ninhydrin geben. Man wendet daher nach dem Vorschlag von Abderhalden zweckmäßig in solchen Fällen nur 1 ccm Serum zur Anstellung der Reaktion an. Schließlich haben wir versucht, einige Fragestellungen aus dem Gebiete innersekretorischer Störungen mittels des Dialysierverfahrens in Angriff zu nehmen. Wir verfügen über einige Untersuchungen bei Morbus Basedowii und Diabetes mellitus. Basedowserum baute Schilddrüse, Thymus und Keimdrüse ab, während Pankreas, Nieren, Nebennieren, Muskel, Placenta nicht angegriffen wurden. Die Spezifität der in Frage stehenden Fermente wird in sehr schöner Weise durch den Befund demonstriert, daß weibliches Basedowserum nur Ovarien, männliches nur Hoden abbaut. Die Untersuchungen bei Basedow sind von Frau Dr. Papazolu in Bukarest an einem besonders großen Materiale mit den gleichen Resultaten ausgeführt worden. Auch Abderhalden hat bereits analoge Beobachtungen mitgeteilt. Die gewonnenen Resultate sprechen in eindeutiger Weise dafür, daß es sich bei der Basedow'schen Krankheit um eine Dysfunktion der Schilddrüse handelt, und daß bei dieser Erkrankung Thymus und Keimdrüsen eine große Rolle spielen, Ansichten, zu denen wir schon früher auf Grund anderer Experimente gekommen sind. Diabetisches Serum baute in den bisher untersuchten Fällen weder Pankreas noch Nieren, Nebennieren, Leber, Keimdrüsen, Muskelgewebe, Schilddrüse, Placenta ab. Diese Untersuchungen lassen jedoch noch keine bindenden Schlüsse zu, da wir bei den bisherigen Untersuchungen normale Organe verwandten. Es wäre zu prüfen, wie sich diabetisches Serum gegenüber diabetischen Organen verhält. Die Untersuchungen sind bereits im Gange und werden weiter fortgesetzt.

Digitized by Google

Herr Abderhalden (Halle a. S., als Gast) macht auf die Fehlerquellen seiner Methoden aufmerksam. Er betont namentlich, daß von der richtigen Zubereitung der zu verwendenden Organe, von der sorgfältigen Eichung der Hülsen und der Beschaffenheit des Serums alles abhängt. Das Serum muß möglichst frisch und absolut frei von Hämoglobin sein. Nach den bisherigen Erfahrungen darf geschlossen werden, daß es mittels des Dialysierverfahrens gelingt, Schwangerschaft nachzuweisen. Auch die optische Methode gestattet die Diagnose Schwangerschaft. Man beobachtet bei normalen Nichtschwangeren keinen Abbau von Placentagewebe. Zu prüfen ist durch eine große Reihe von Untersuchungen, ob in pathologischen Fällen bei Nichtschwangeren auch ein Abbau von Placentagewebe nachweisbar ist. Von besonderem Interesse sind natürlich Erkrankungen des Genitalorganes aller Art. Sollte es sich herausstellen, daß in bestimmten Fällen ebenfalls ein Abbau von Placentagewebe sich nachweisen läßt, dann müßten diese bei der Diagnose der Schwangerschaft mittels meiner Methoden natürlich ausgeschlossen werden. Die bisherigen Erfahrungen sprechen nicht für die Wahrscheinlichkeit, daß Placenta auch dann abgebaut wird, wenn keine Schwangerschaft vorliegt. Ein recht erhebliches Material ergab bis jetzt ein durchaus negatives Resultat. Bei fieberhaften Prozessen, bei Karzinomen, Erkrankungen der Adnexorgane fiel die Probe mit Placentagewebe und auch mit Placentapepton (optische Methode) vollständig negativ aus. Nur in einem bereits an anderer Stelle erörterten Falle von Salpingitis fand sich eine positive Reaktion. Die Möglichkeit, daß intrauterine Gravidität mit nachfolgendem Abort vorlag, ist durchaus nicht ausgeschlossen.

Nur der Kliniker vermag den praktischen Wert der Methode abzuschätzen. Er wird bald an Hand einwandfrei untersuchter Fälle entscheiden können, wann die Methoden versagen. Es muß jedoch mit aller Entschiedenheit gefordert werden, daß die Methoden mit aller Exaktheit angewandt werden. Es ist kein Punkt der Vorschriften überflüssig. Die Reaktion mit Ninhydrin ist so empfindlich, daß z. B. ein Siedestab, der einige Zeit mit den Fingern in intensive Berührung gebracht wird, beim Auskochen Stoffe abgibt, die mit dem genannten Reagens eine Violettfärbung geben! Der Redner hatte Gelegenheit, manche Fehldiagnosen nachzuprüfen, ohne daß die klinische Diagnose bekannt gegeben war. Das Resultat war immer das richtige. So sind dem physiologischen Institut in Halle Sera von Männern, von Karzinomträgern und von anderen pathologischen Fällen ohne Nennung der Diagnosen übergeben worden. Es handelte sich in keinem Falle um Gravidität. Sowohl die optische Methode als auch das Dialysierverfahren ergaben stets ein negatives Resultat. Es sind diese Beobachtungen ganz besonders lehrreich, weil an anderer Stelle ein Teil dieser Fälle als positiv diagnostiziert worden war — ein eindeutiges Zeichen dafür, daß den betreffenden Untersuchern Fehler bei der Ausführung des Versuchs unterlaufen waren.

Schließlich wird auf die allgemeine Bedeutung der Methoden für die Erforschung aller möglichen Prozesse auf allen Gebieten der Pathologie hingewiesen. Es sind zurzeit eine große Anzahl von Forschern damit beschäftigt, sowohl die Methoden als auch die ihnen zugrunde liegenden Ideen auf ihre Anwendbarkeit auf Probleme der Pathologie zu prüfen.

Herr Lichtenstein (Schlußwort).

Digitized by Google

2) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung vom 13. Dezember 1912.

Vorsitzender: Herr Bumm; Schriftführer: Herr P. Strassmann.

I. Demonstrationen:

Herr Nacke bespricht in dem Thema: »Frühgeburt oder ausgetragenes Kind« die Schwierigkeit der Frage, zu entscheiden, ob eine Frucht im konkreten Falle als Frühgeburt oder als ausgetragenes Kind bezeichnet werden muß. Als Beweis, wie schwer es ist, eine solche Entscheidung mit Sicherheit zu treffen, führt er an: 1) Daß es einen erheblichen Prozentsatz ungewöhnlich langer und schwerer Kinder gibt, die, als Frühgeburten geboren, schon die Durchschnittsmaße und Gewichte ausgetragener Kinder haben würden.

2) Daß nach seiner Erfahrung, Frühgeburten (eingeleitete und spontane) zum größten Teil die Durchschnittsmaße ausgetragener Kinder hatten.

3) Daß die Zeichen der Reife sehr wechselnde sind.

Er demonstriert eine diesbezügliche Zahlentabelle und bespricht noch einige besonders instruktive Fälle.

Diskussion. Herr Wegscheider fragt, wie Nacke so genau die Dauer der Schwangerschaft bestimmen will, wenn die bisher üblichen Kennzeichen so große Abweichungen zeigen. Die anamnestischen Angaben sind doch meist recht unsicher. Die Zahl der Fälle ist auch zu klein, um so allgemeine Schlüsse zu ziehen. Auch die Technik der Messung ist vielleicht eine andere.

Herr Falk empfiehlt die Verwendung der Röntgenaufnahme, um aus der Knochenkernbildung z. B. am Becken die Entwicklungszeit des Kindes zu bestimmen.

Herr P. Strassmann hält es für praktisch wichtig, daß sich die Richter nicht um Zahlenangaben kümmern, sondern einfach festzustellen suchen, ob ein Beischlaf innerhalb der im Gesetz angegebenen Zeit stattgefunden hat; damit kommen sie auch in der Tat viel weiter, denn dann haben sie Anhaltspunkte für die Berechtigung der Fürsorge für das Kind. — S. sah z. B. ein Kind zur Welt kommen, das 19 Tage vor dem nach der letzten Regel berechneten Termin, erschien, das 4900 g wog, die Mutter war verheiratet und hatte $^1/_4$ Jahr vor der letzten Regel geboren.

S. hat dieses Kind als Beispiel in einem Obergutachten für einen anderen Prozeß herangezogen. Ein Mann weigerte sich, Alimente zu zahlen; daß er innerhalb der im Gesetz angegebenen Zeit verkehrt hatte, wurde nicht angezweifelt. Die Hebamme hatte das Kind auf 6—7 Pfund geschätzt. Das Kind war in der 28. Woche nach der Kohabitation geboren. Die wissenschaftlichen Gutachter bezogen sich auf die Durchschnittszahlen für die 28. Woche. Aber diese wissenschaftlichen Zahlen rechnen gar nicht nach der Empfängnis, sie rechnen natürlich nach der letzten Regel. Zunächst müßten dann statt 28 schon 32 Wochen genommen werden. Es blieb für die 32. Woche ein Kind von etwa 6 Pfund übrig. Das Kind hatte die Zeichen der Frühgeburt. Angenommen, daß die Schätzung der Hebamme richtig war — meist sagen sie zu viel —, so wäre es nicht wunderbar, wenn ein Kind in der 32. Woche 6 Pfund wiegt; ein solches Kind würde in der 40. Woche vielleicht 10 Pfund erreichen. Ein Kind, wie das ersterwähnte von 4900 g, das noch nicht einmal 40 Wochen von der letzten Regel entfernt geboren wurde, wurde in der 36. bis 38. Woche etwa 4000 g wiegen; so sind also für die 32. Woche 6 Pfund wohl möglich. Die Frage: »Ist es ganz unmöglich, daß ein Sechspfundkind um diese Zeit geboren sein kann (nämlich 32 Wochen nach der letzten Regel)?« beantwortete ich mit: »Nein, das ist nicht unmöglich«.

Digitized by Google

S. ist der Ansicht, daß eine Revision unserer Zahlen für kindliche Länge, Gewicht und Kopfmaße erforderlich ist. Für die gerichtliche Praxis sind die Minimal- und Maximalzahlen aus 100 000 von Geburten zu berechnen. Die Hebammen z. B. strecken die Beine des Kindes vielfach nicht ganz, wenn sie messen, so daß Differenzen von 2 bis 3 cm gar nicht selten sind. Immerhin sind die Längenmaße in der Praxis noch leichter festzustellen als das Gewicht.

Herr Bumm: Herr Nacke hat nicht angegeben, auf wieviel Zahlen er seine Angaben stützt.

Herr Nacke: Auf tausend im ganzen.

Herr Bumm: Die Angaben widersprechen derart den doch aus sehr großen Statistiken gezogenen, bisher als gültig angesehenen Schlüssen, daß es nötig erscheint, die Grundlagen für die angegebenen Zahlen kennen zu lernen. Die Frage, die jedem von uns schon bei Gerichtsverhandlungen schwieriges Nachdenken und schwierige Antworten geschaffen hat, wäre sehr würdig — darin stimme ich ganz mit Herrn Strassmann überein —, einmal einer gründlichen Revision unterzogen zu werden. Man müßte dann aber natürlich nicht tausend, sondern zehntausend Gewichts- und Längenmaße zugrunde legen.

Daß es Frauen gibt, die Kinder frühzeitig mit sehr großem Gewicht, aber noch mit den übrigen Zeichen der Unreife belastet, gebären können, weiß ich selbst. Ich habe bei einer und derselben Frau zweimal die Frühgeburt einleiten müssen, weil sie am normalen Ende, wenn man die Schwangerschaft so lange hatte laufen lassen, übermäßig große Kinder zur Welt brachte; zweimal hatten die Kinder perforiert werden müssen, und erst das dritte und das vierte Kind kamen durch die eingeleitete Frühgeburt lebend, mit Zeichen der Unreife, aber beide mit einem Gewicht von über 4000 g zur Welt. Aber die übrigen Zeichen der Unreife an Nägeln, Genitalien, Lanugo usw., waren bei diesen übermäßig großen Kindern auch vorhanden, sowie auch große Empfindlichkeit des Darmes.

Man wird diese Frage nicht so im Vorübergehen entscheiden können, sondern es müßte einmal eine große Statistik auf Grund neuerer Gewichts- und Längenangaben gemacht werden, um für uns, besonders bei Gerichtsverhandlungen, eine sichere Grundlage zu gewinnen.

II. Diskussion zum Vortrage des Herrn Haendly: Die therapeutische Verwendung der Röntgenstrahlen in der Gynäkologie.

Herr Runge berichtet über die Resultate der Röntgentherapie in der Frauenklinik der Kgl. Charité. Sie sind fast die gleichen wie die von Herrn Haendly. Das Heilungsprozent bei klimakterischen Blutungen und Myomen betrug ca. 90%. Rezidive haben keine besondere Bedeutung; durch ein oder zwei weitere Bestrahlungen ist dauernde Heilung zu erzielen. Auch die Technik ist so ziemlich die gleiche wie die von Herrn Haendly. R. benutzt zurzeit als Filter ein 1 mm starkes Aluminiumblech. Trotz dieser intensiveren Filterung sind die Resultate nicht besser als früher bei Lederfilterung. Es scheint fast so, als ob neben der Auswahl möglichst harter Strahlung doch noch andere Momente für die Erzielung des Erfolges eine Rolle spielen.

Herr H. E. Schmidt (als Gast) empfiehlt im Gegensatz zu Herrn Haendly unter dem Filter zu messen. Zur Anämisierung der Haut verwendet S. die Kompression mit einem Tubus aus Filtermaterial (Aluminium); auf anämische Haut kann die $1^1/_2$—2fache Dosis gegeben werden, also bei 12 Wehnelt 30—40 X. Das Verhältnis der Oberflächen- zur Tiefenwirkung wird verbessert. Den »Röntgenkater« Gauss' hat S. nicht immer beobachtet, wohl aber fast regelmäßig einen

Digitized by Google

»Röntgenrausch«: Mattigkeit, Benommenheit, Kopfschmerz, Brechreiz. Zuletzt weist S. auf die am Darm beobachteten Degenerationserscheinungen hin.

Herr Sippel weist darauf hin, daß es eine bestimmte obere Grenze für gefilterte, harte Strahlen noch nicht gibt und die gebräuchlichen Dosimeter nur für ungefilterte Strahlen Geltung haben. S. konnte unter einem 1 mm dicken Aluminiumfilter und doppelter Wildlederlage bei einem Fokus-Hautabstande von 23 cm und maximal harten Röhren (9 Bauer, mit $2^1/_2$—$3^1/_2$ Milliampère belastet) in einer Serie die 3fache Erythemdosis — unter dem Filter gemessen — auf die Felder des Abdomens geben, ohne ein Erythem zu erzeugen.

Die Dosen konnten deshalb ohne Erythemgefahr wesentlich verstärkt werden; außerdem legt S. großen Wert darauf, die einzelnen Serien in möglichst kurzer Zeit, 2—3 Sitzungen zu geben und in einer Sitzung bis zu 12 Bestrahlungen auf einmal. Die Erfolge treten hierdurch viel schneller ein, und die Behandlungsdauer wird wesentlich abgekürzt, so daß die Frauen in $1^1/_2$—2 Monaten geheilt werden können.

Herr Levy-Dorn: Die Anämisierung der Haut durch Kompression kann oft nicht gleichmäßig ausgeführt werden. Man sollte daher nicht im Vertrauen darauf wesentlich größere Dosen als sonst anwenden. Ich gebrauche die Kompression der Haut nur, um die einmal bestehenden Gefahren jeder Röntgentherapie weiter zu verringern. Durch Kollegen, welche mich um Rat fragten, habe ich mich überzeugt, daß die Verfärbung der Plättchen des Radiometers von Sabouraud und Noiré oft falsch beurteilt wird. Nur bei der Modifikation nach Holzknecht ist das Radiometer für künstliches Licht abgestimmt, sonst ist es bei diffusem Sonnenlicht geeicht. Das gewöhnliche Radiometer zeigt, wie ich gefunden habe, bei der Kohlenfadenlampe abgelesen, etwa $^1/_3$ der der Volldosis. Die Bestimmung der Dosis unter dem Filter macht auch beim Sabouraud-Noiré keine Schwierigkeiten, falls man sich des Hilfsmittels bedient, ein Stückchen aus der Filtermasse über das Plättchen zu legen.

Man sollte immer mindestens nach 2 Methoden dosieren. Ich gebrauche neben der direkten stets die indirekte Messung (Bestimmungen des Betriebsstromes, der Röhrenart usw.), die allerdings größere Erfahrung verlangt.

Vor Jahren läßt sich kein sicheres Urteil darüber fällen, ob die jetzt in der Gynäkologie häufig angewandten hohen Dosierungen in der Tat keine Gefahren mit sich bringen. Denn es sind üble Folgen der Röntgenbestrahlung gelegentlich nicht allein erst nach vielen Monaten, sondern sogar nach Jahren in Erscheinung getreten. Es empfiehlt sich daher noch eine größere Zurückhaltung bei therapeutischen Bestrahlungen.

Die Ermüdung, welche bei der Röntgenbehandlung oft eintritt, ist keine Folge der Röntgenstrahlen, sondern des hochgespannten Stromes, mit dem die Röhren betrieben werden (Analogon: D'Arsonvalisation).

Herr Czempin, der seit 10 Monaten bei gynäkologischen Blutungen Bestrahlungen vornimmt, erwähnt unter anderem drei interessante Fälle, in denen zum Teil bis zum Rippenbogen reichende Myome unter den Augen durch die Bestrahlungen schrumpften, hebt aber die Möglichkeit hervor, daß die Röntgenstrahlen Blase und Darm schädigen. Ferner warnt er vor Probeausschabungen bei großen Myomen, die leicht Thrombosen der Femoralvenen zur Folge haben können.

Herr Haendly (Schlußwort): Ich habe im Anschluß an meinen Vortrag Herrn Schmidt die Gründe auseinandergesetzt, weshalb ich die Messung der Strahlen über dem Filter beibehalten habe. Da bei der Messung mit Sabouraudtabletten

Digitized by Google

die Messung in der halben Haut-Fokusdistanz stattfinden muß, müßte der Filter beim Messen unter diesem sehr nahe an die Röhre herangebracht werden. Alles der Röhre genäherte Metall lädt sich aber elektrisch auf, und es kann leicht durch überspringende Funken ein Durchschlagen der Röhre stattfinden, wie ich es einmal erlebte. Es hat auch meiner Ansicht nach keinen Anstand, die Messung über dem Filter vorzunehmen, da die gefilterten Strahlen bei derselben Röhrenhärte und derselben Belastung stets in demselben Verhältnis zu den ungefilterten Strahlen stehen. So werden, wie ich mich durch wiederholte Kontrollmessungen überzeugte, von dem von uns verwandten Filter ca. 30% der Strahlen zurückgehalten. Erhöhe ich also die Dosis über dem Filter, so steigt die Dosis der gefilterten Strahlen in dem entsprechenden Verhältnis. Die Probeabrasio wird nur bei den klimakterischen Blutungen vorher gemacht, um ein Karzinom auszuschließen.

III. Herr P. Meyer trägt über die Syphilis der inneren Genitalien vor. Nach kurzer Streifung des Esthiomène de la vulve und nach Hervorhebung einer gewissen Immunität der Scheide bespricht der Vortr. die Primäraffekte der Portio. Neumann fand unter 757 Frauen 115 Primäraffekte der Portio, meist an der vorderen Lippe. Erwähnung der Fälle von Moraller und Pincus. Neisser publizierte den interessanten Fall, daß bei einer Pat. auf Grund der Diagnose Rundzellensarkom der Portio (Probeexzision) der Uterus exstirpiert wurde; ein bald darauf aufgetretenes Exanthem zeigte an, daß es sich um einen verfallenden Primäraffekt handelte. Lichtenstein erwähnt die Hämatometrabildung auf syphilitischer Basis.

1902 veröffentlichte Morisani einen Fall von Spätsyphilis des Uterus mit genauem histologischen Befunde (Angiosklerose), Muratow berichtete 1907 über Gebärmutterblutungen junger Mädchen, die erst auf antiluetische Kur geheilt wurden; Muratow glaubt, daß es sich um hereditärsyphilitische Mädchen handelt. v. Jaworski macht auf die knorpelharte Konsistenz des Uterus bei tardiver Syphilis aufmerksam. Hoffmann berichtet über eine sicher gummöse Erkrankung des Uterus.

Meirowski und Frankenstein fanden Amenorrhöe bei schwerer tertiärer Lues, Zweifel und Weber Uterusrupturen auf syphilitischer Grundlage.

Über die Syphilis des Ovariums und der Tube liegen keine eindeutigen Befunde vor: Leffont, Dissertation über die Syphilis der Adnexe.

Der Vortr. stellt die Forderung auf, in unklaren Fällen, besonders bei in ihrer Ätiologie unsicheren Erkrankungsformen, mit Hilfe der Wassermann'schen Reaktion und des Spirochätennachweises die Diagnose zu sichern.

Diskussion. Herr Wegscheider hat drei Fälle erlebt, in denen die Differentialdiagnose zwischen Karzinom und Syphilis an der Portio vaginalis uteri recht erhebliche Schwierigkeiten machte, und schildert dieselben genauer. Das Präparat des zweiten Falles von 1898 ist der Gesellschaft 1907 von Rob. Meyer hier demonstriert. Wenn wirklich 15% der inneren Syphilis die Portio betreffen, ist es auffällig, daß dieselbe nicht häufiger beobachtet wird.

Herr Runge beobachtete in 12—15 Fällen von starken menstruellen Blutungen, für die sich keine Ursache fand, ein Zurückgehen der Blutungen auf das normale Maß nach Einleitung einer antiluetischen Kur. Man sollte in Zukunft dieser Tatsache mehr Beobachtung schenken.

Digitized by Google

Zeitschriften.

3) Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. LXXIII. Hft. 1.

1) J. Wallart (St. Ludwig i. E.). Weiterer Beitrag zur sogenannten Salpingitis isthmica nodosa.

Verf. fügt dem im Bande CC der Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. von ihm veröffentlichten Falle von sogenannter Salpingitis isthmica nodosa eine weitere derartige Beobachtung hinzu, die durch Sektion bei einer 54jährigen Nullipara gewonnen wurde und in der vorliegenden Arbeit in allen wichtigen Einzelheiten unter Beifügung zahlreicher Abbildungen beschrieben wird.

Faßt man die wichtigsten Ergebnisse der Arbeit zusammen, so wurde in einer tumorartigen Anschwellung der linken Tube das Bild eines Adenofibromyoms des Eileiters bzw. dasjenige der Salpingitis isthmica nodosa festgestellt. Die Epithelentwicklung erstreckte sich über das Gebiet des Tumors im Müller'schen Gange in den Bereich des Wolff'schen Ganges und überragte auch nach beiden Seiten hin den eigentlichen Tumor. Sprach somit zunächst alles für eine mesonephritische Genese des Prozesses, so wurden bei weiteren Untersuchungen sowohl nach dem Uterus wie nach dem Ovarium zu ausgesprochene Zeichen noch bestehender und bereits abgelaufener Entzündung nachgewiesen. Es ist daher statt der rein mesonephrischen Genese ein entzündlicher Ursprung der Geschwulst anzunehmen.

Der Fall beweist, wie notwendig es bei derartigen Untersuchungen ist, Serienschnitte zu durchmustern, um nicht aus einem zufälligen Befunde voreilige Schlüsse zu ziehen.

2) Hans Hinselmann (Bonn). Die angebliche, physiologische Schwangerschaftsthrombose von Gefäßen der uterinen Placentarstelle.

Zur Nachprüfung der angeblichen physiologischen Schwangerschaftsthrombose der Basalisgefäße bei uteriner Gravidität wurden Leichen und Operationspräparate und unter ihnen 24 Uteri mit festhaftender Placenta (Tabelle!) verwendet, anhangsweise werden drei frisch puerperale Uteri angeführt.

Was die einzelnen Hauptfragen betrifft, auf welche die vorgenommenen Untersuchungen sich in erster Linie erstrecken, so vermochte Verf. nachzuweisen, daß sich an seinen Präparaten Blutbestandteile an thrombotischen Vorgängen in den Basalisgefäßen während der Schwangerschaft nicht beteiligen, und daß Prozesse, die vielleicht früher als Gerinnungsvorgänge gedeutet wurden, in Wirklichkeit mit dem Absterben mütterlichen Gewebes und dessen Verschwinden in Zusammenhang zu bringen sind.

Intravaskulär gelegene Zellen werden in der Tat beobachtet; sie sind mütterlicher Abstammung ohne Beteiligung fötaler Elemente in den späteren Schwangerschaftsmonaten. In den früheren Monaten der Gravidität können Elemente des Trophoblasts rein morphologisch die Bilder modifizieren, ohne daß ihnen eine prinzipielle Bedeutung beizulegen wäre. Verschleppte, nekrobiotische mütterliche Elemente können ohne Zweifel intravaskulär gefunden werden. Infolge der tryptischen Rarefikationsvorgänge befinden sie sich nur scheinbar im Lumen, während sie in Wirklichkeit an der Stelle ihrer Entstehung liegen geblieben sind.

Ebenso wie die Gefäße der Basalis können die der Muskulatur der Placentarstelle durch Trypsis und Rarefikation verändert werden. Diese Vorgänge sind als Reaktion des Placentarbodens auf Einschmelzungsvorgänge an seiner Oberfläche anzusehen.

Digitized by Google

Die tryptisch veränderten Gefäße sind aller Wahrscheinlichkeit nach stets Venen und nie Arterien.

Die durch Trypsis und Rarefikation hervorgerufenen Veränderungen sind in letzter Linie auf das Choriotrypsin zurückzuführen, ein tryptisches Ferment, das zur Gewinnung ausreichender Ernährungs- und Atmungsbedingungen für das Fötalepithel dient. Die durch 18 künstlerisch vollendete Tafeln ausgezeichnete, hochbedeutende Arbeit ist in allen Einzelheiten im Originale zu studieren.

3) Fritz von Gutfeld (Berlin). Über den Einfluß körperlicher und sozialer Verhältnisse der Mütter auf die Körpermaße ihrer Neugeborenen.

Statistische Arbeit auf Grund von 5000 Fällen aus dem Materiale der Charité.

4) E. Vogt (Dresden). Beitrag zu den Melanosarkomen des Ovariums.

Mitteilung von zwei Fällen von sekundärem Melanosarkom des Eierstocks, von denen der erstere bei einer 44jährigen Pat. der Dresdener Klinik beobachtet, und der andere bei der Sektion einer 37jährigen Frau gewonnen wurde. Mit Berücksichtigung von zwei weiteren Fällen von metastatischen Ovarialmelanosarkomen aus der Literatur stellt Verf. einige Schlußsätze auf, von denen die folgenden hervorgehoben seien.

Bei allgemeiner Melanosarkomatosis können die Ovarien Metastasen von mikroskopischer Kleinheit bis zu deutlich erkennbaren Tumoren aufweisen, es kann sogar das Ovarium in eine einzige große Melanomgeschwulst verwandelt sein (Fall 1 Verf.s). Derselbe Fall lehrt, daß metastatische Tumoren dieser Art nicht immer als ausschälbare Geschwülste auftreten, sie können vielmehr ohne scharfe Grenze in das benachbarte Eierstocksgewebe übergehen.

Für die Diagnose ist neben dem Vorhandensein doppelseitiger Adnextumoren mit Ascites der Nachweis der primären Pigmentgeschwulst an einer anderen Körperstelle von Wichtigkeit. Spätestens im Verlaufe von 2 Jahren nach Auftreten des primären Tumors erfolgte der Exitus. Die Prognose ist absolut schlecht, da eine Radikaloperation wohl niemals in Frage kommen kann.

In dem ersten Falle Verf.s war der Sitz des primären Tumors im Auge, im zweiten Falle in der äußeren Haut.

5) Erich Landsberg (Halle a. S.). Untersuchungen von Harn und Blut bei Eklamptischen bezüglich der Verteilung der Stickstoffsubstanzen und des Gehaltes an Fibrinogen und Reststickstoff. Ein Beitrag zur Frage der Bedeutung der Leberfunktion und Fibrinogenmenge für die Schwangerschaftsstörungen.

Verf. konnte in seinen früheren Arbeiten über die Blut und -Harnbeschaffenheit während der Schwangerschaft keine eigenen Eklampsieresultate mitteilen. Er ist jetzt in der Lage, durch sorgfältige Untersuchungen bei zehn Eklampsiefällen diese Lücke auszufüllen und schickt der Mitteilung der chemischen Befunde jedesmal eine kurze Wiedergabe der Krankengeschichten und des etwaigen Sektionsprotokolles voraus.

Es fand sich bei Eklamptischen in der Mehrzahl der Fälle im Harn der prozentuale Gehalt an Ammoniak und Aminosäurenstickstoff vermehrt, an Harnstickstoff vermindert. Diese Abweichungen in dem Stickstoffgehalt sind nicht als Folgeerscheinung einer Leberschädigung anzusehen. Sie entbehren jeder Bedeutung hinsichtlich Entstehung der Eklampsie und sind lediglich als symptomatisch bedingte Erscheinungen zu betrachten. Der Reststickstoff ist bei Eklamp-

Digitized by Google

tischen vielfach vermehrt, und zwar als Folge der meist bestehenden Niereninsuffizienz. Da die Harnsekretion vermindert ist, werden weniger Stoffe ausgeschieden, die naturgemäß im Körper aufgespeichert werden. Der Fibrinogengehalt ist im Blute bei Eklamptischen im allgemeinen höher als durchschnittlich bei entsprechenden Schwangeren, Kreißenden und Wöchnerinnen. Da aber auch unter normalen Verhältnissen eine derartige Fibrinogensteigerung beobachtet wird, so kann ihr nur die Bedeutung eines häufigen Begleitsymptoms zugesprochen werden, dem an sich ein schädigender Einfluß nicht zukommt.

Die auffallende Ähnlichkeit zwischen den Blutveränderungen der normalen und pathologischen Schwangerschaft und denjenigen nach Injektion von Gewebssäften und parenteraler Zufuhr von Eiweißkörpern legt bei der feststehenden Tatsache, daß fremdes Eiweiß in das mütterliche Blut eindringt, den Gedanken nahe, beide Vorgänge in Zusammenhang zu bringen. Tatsächlich zeigten Versuche an Hunden, daß durch intraperitoneale Injektion von Placentarpreßsaft die Leukocytenzahl und die Fibrinogenmenge im Blute eine unverkennkare Zunahme erfährt.

6) E. Vogt (Dresden). Die klinischen und anatomischen Grundlagen der Trendelenburg'schen Operation bei der puerperalen Lungenembolie.

Die Untersuchungen beziehen sich auf die Ausführbarkeit der Trendelenburg'schen Operation bei der puerperalen Lungenembolie auf Grund von 14 Fällen der Dresdener Frauenklinik aus den Jahren 1897—1912.

Es zeigte sich, daß die puerperale Lungenembolie nach spontanen und ganz besonders nach operativen Entbindungen beobachtet wird. In der Hälfte der Fälle hatten die Kranken noch nicht das 30. Lebensjahr erreicht, während die postoperative Lungenembolie gewöhnlich im späteren Lebensalter vorkommt. Die Diagnose der eingetretenen schweren Lungenembolie macht fast nie Schwierigkeiten und selbst dann nicht, wenn eine primäre Thrombose klinisch nicht nachzuweisen ist. In 65% der Fälle erfolgte der Tod an puerperaler Lungenembolie ohne die geringsten klinischen, prämonitorischen Erscheinungen. In 66% der Fälle von tödlicher Lungenembolie war anatomisch eine Verstopfung des Stammes bzw. eines der beiden Hauptäste eingetreten, so daß die anatomischen Bedingungen für eine Extrahierbarkeit des Embolus gegeben waren. In 64% der Fälle vergingen 15 oder mehr Minuten vom Auftreten der ersten Erscheinungen der Lungenembolie bis zum Tode, so daß in diesen Fällen die Zeit für Ausführbarkeit der Trendelenburg'schen Operation vorhanden gewesen wäre.

7) Th. Heynemann (Halle a. S.). Die diagnostische Verwertung der Röntgenstrahlen in der Geburtshilfe.

Die Bedeutung der Röntgenstrahlen in der Geburtshilfe liegt auf dem Gebiete der Beckenlehre, in dem Nachweis des Kindes während der Gravidität und in einer Reihe anderer Verwertungsmöglichkeiten.

Was die Einzelheiten betrifft, so ist das Röntgenverfahren für die Messung der Conjug. vera wenig geeignet, dagegen spielt es bei der Messung derjenigen Beckendurchmesser eine Rolle, deren direkte Feststellung schwer möglich ist. Das Ziel der geburtshilflichen Beckenradiographie ist nicht sowohl in einer genauen Beckenmessung als vielmehr in einer wahrheitsgetreuen Wiedergabe der Form und Gestalt des Beckens zu suchen. Diesen Anforderungen entsprechen heute am meisten Fernaufnahmen des Beckeneinganges, deren Herstellung bisher nur außerhalb der Schwangerschaft gelingt. In zweiter Linie sind stereoskopische Röntgenbilder anzustreben.

Digitized by Google

Vom VII. Monat der Schwangerschaft ab gelingt sowohl bei intra- wie bei extrauteriner Gravidität fast regelmäßig der Nachweis des Kindes im Röntgenbilde, in einer früheren Zeit der Schwangerschaft nur ausnahmsweise.

Bei der Stellung der Differentialdiagnose zwischen intra- und extrauteriner Schwangerschaft kommt den Röntgenstrahlen keine wesentliche Bedeutung zu: eine Schädigung der Gravidität wird durch ihre Anwendung selbst in den früheren Monaten nicht herbeigeführt.

Groß ist schließlich der Wert der Röntgenstrahlen für den Nachweis und die Einrichtung kindlicher Frakturen, für das Studium von Mißbildungen, für den gerichtsärztlichen Nachweis der Totgeburt und für die Feststellung von Fremdkörpern in den Genitalien.

8) **Ahlfeld (Marburg i. H.). Quellen und Wege der puerperalen Selbstinfektion.**

A. unterscheidet eine Selbstinfektion vom Gesichtspunkte der Praxis von einer solchen vom bakteriellen Standpunkt aus. Bei ersterer kommt es nicht sowohl auf die Art und Abstammung der infizierenden Bakterien als darauf an, daß diese Keime ohne Zutun einer anderen Person als der Wöchnerin selbst ihren Weg an und in die Genitalien gefunden haben. Von einem Todesfalle an puerperaler Selbstinfektion darf man nur dann sprechen, wenn die Infektion der Wöchnerin weder durch den untersuchenden Finger, noch durch die gebrauchten Instrumente oder durch das Verbandmaterial hervorgerufen worden ist. 90 derartige Fälle von tödlich endender puerperaler Selbstinfektion, die Verf. aus der Literatur und nach eigenen Beobachtungen gesammelt hat, ohne daß während der letzten 4 Tage ante partum eine innere Untersuchung vorausgegangen war, werden in allen wichtigen Einzelheiten mitgeteilt. Diese Krankengeschichten beweisen die Entwicklung einer septischen Endometritis beim Zurückbleiben der Placenta oder deren Resten einmal beim spontanen, zweizeitigen Abort, ferner bei Zurückhaltung von Placentarresten nach spontaner Geburt in den letzten Monaten der Schwangerschaft. Aber auch ohne Zurückbleiben von Placentarresten kann dadurch im Wochenbett Fieber entstehen, daß wahrscheinlich bei allen Frauen, also auch bei den ohne innere Untersuchung niedergekommenen, ein Aufwandern der Vulva- und Vaginalkeime stattfindet. Scheinbar ganz gesunde Frauen können in der Scheide Bakterien bergen, die den Vorgang der Selbstinfektion wesentlich unterstützen, wie das besonders bei der Gonorrhöe der Fall zu sein scheint.

In einer Reihe von Fällen des Verzeichnisses wird die genitale Infektion auf eine Berührung von Wunden an den Geschlechtsteilen mit virulenten Gegenständen (Hände, Kleidungsstücke, Bettwäsche) unabhängig von geburtshilflichen Manipulationen zurückgeführt.

Andere zum Tode führende Erkrankungen bei nicht untersuchten Frauen sind mit Anstaltsendemien in Zusammenhang zu bringen, die entweder rein genitalen Ursprunges als ausschließliche puerperale Erkrankung anzusehen sind, oder die mit infektiösen Erkrankungen nicht genitaler Organe in Verbindung stehen.

Obschon, dem Plane der aufgestellten Statistik entsprechend, alle diejenigen sehr zahlreichen Fälle nicht Berücksichtigung fanden, bei denen die Infektion durch Keime der Frau selbst zustande gekommen war, die mit der Hand oder durch sterile Instrumente in die oberen Geburtswege verschleppt worden waren, so zeigt sich doch, wie die Kenntnis der einzelnen Erkrankungsquellen immer mehr zugenommen hat. Auch die bakteriologischen Untersuchun-

Digitized by Google

gen lehren, daß die puerperale Infektion und damit auch Selbstinfektion auf weit zahlreicheren Wegen, als bisher geglaubt wurde, zur Entwicklung kommen kann. Scheunemann (Stettin).

Lageveränderungen.

4) **Barton Cooke Hirst** (Philadelphia). **Eine Prolapsoperation.** (Transact. of the southern surg. and gyn. assoc. Vol. XXIV. 1912. p. 72.)

Auf Grund großer Erfahrung veröffentlicht H. sein Verfahren, das unter einigen hundert Fällen kein Rezidiv gegeben hat.

In der Pathogenese des Prolapses hält er für bedeutsam: 1) Dehnung und eventuelle Verletzung der Ligg. cardinalia, welche die Cervix und mittelbar auch die Scheidengewölbe in ihrer Lage erhalten, 2) Verletzungen und Ablösungen der vorderen Scheidenwand von ihrer Unterlage, nebst Verletzung des muskulären und fasciellen Anteils des Trigonum urogenitale, der einzigen Stütze für das untere Drittel der vorderen Scheidenwand, 3) Verletzungen des Levator ani und Ablösungen der hinteren Scheidenwand.

Zur Wiederherstellung der natürlichen Verhältnisse soll seine Technik dienen: Längsschnitt durch die ganze vordere Scheidenwand, Ablösung der Blase von der Scheide und Cervix, Amputation der Cervix oberhalb des inneren Muttermundes. Nun werden 3—4 Catgutfäden zur Fixation des Uterus und Verschluß der Blasenbruchpforte in folgender Weise angelegt: Die mit der Spitze nach unten gerichtete Nadel wird durch die Basis des linken Ligamentum latum geführt, dann quer, so tief wie möglich durch die vordere Korpuswand (ohne das Peritoneum zu eröffnen!) und nun ebenso wie links durch das rechte Ligamentum latum. Die Blase wird weiter nach oben gestoßen, und nach dem Knüpfen dieser Fäden ist die Bruchpforte, durch die die Blase prolabieren konnte, fest verschlossen. Überschüssige Scheidenwand wird fortgeschnitten. — Zum Schluß wird eine hohe Scheiden-Dammplastik nach Hegar gemacht.

An der Diskussion beteiligen sich Bovér, Gavin, Noble, welch letzterer besonders für seine Methode der Faltung und Verkürzung der Ligg. sacrouterina eintritt, die H. jedoch nicht für notwendig erachtet. Jaschke (Gießen).

5) **Heinrich Schad. Über die Schauta'sche Prolapsoperation.** Inaug.-Diss., Gießen, 1912.

Verf. berichtet nach Mitteilung von 64 Fällen der Schauta-Wertheim'schen Interpositio vesico-vaginalis über die Erfolge und namentlich die Dauerresultate der Operation. Ein Fall kam postoperativ ad exitum infolge Lungenembolie bei Thrombose der Venen in den Ligg. lata, wodurch sich eine Operationsmortalität von 1,5% ergibt. Bei 4 Fällen trat während des Heilungsverlaufes belanglose Temperatursteigerung auf. Das primäre Operationsresultat war stets gut, von 30 nachuntersuchten Pat. hatten 3 Rezidive geringen Grades. Verf. schließt sich im Hinblick auf die mitgeteilten Fälle der Empfehlung der Operation durch v. Franqué (Monatsschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. XXXIII) an.

Stephan (Gießen).

6) **F. Fletcher** (Colombus). **Die Behandlung des Gebärmuttervorfalls bei älteren Frauen.** (Surgery, gynecol. and obst. Vol. XVI. Nr. 2.)

Empfehlung der supravaginalen Amputation mit Fixation der Cervix und der Ligamentstümpfe an den Bauchdecken, eventuell mit vorausgehender vaginaler, hoher Cervixamputation und vorderer und hinterer Kolporrhaphie.

Robert Stern (Offenbach).

Digitized by Google

7) **W. E. Fothergill** (Manchester). **Operation bei Prolaps und Cervixhypertrophie.** (Brit. med. journ. 1913. April 12.)

Nach Amputation der Cervix pflegt sich das vordere Scheidengewölbe so zu verkürzen, daß die Cervix nach vorn und unten sieht und der Uterus in Retroversion liegt, also Zustände resultieren, die ein Rezidiv sehr begünstigen. Die Methode des Verf.s ist folgende: Zur vorderen Kolporrhaphie wird ein ungefähr gleichseitiges Dreieck mit einer Seite gegen die Cervix und einer Spitze gegen die Urethra aus der Vaginalschleimhaut entfernt. Bei der Naht, welche an der Cervix beginnt, wird parametranes Gewebe von jeder Seite in der Mitte vereinigt und dadurch das Corpus uteri in antevertierte Stellung gebracht, während andererseits die Cervix durch das zwischen Urethra und sie gebrachte Gewebe nach hinten geschoben wird. Ist eine Elongatio colli zu korrigieren, so wird zuerst die Vagina von der Cervix zirkulär getrennt, die Amputation vorgenommen und die Wunde in den anzuschließenden Kolporrhaphieschnitt einbezogen. Es ist gleichgültig, ob die Amputation im supra- oder infravaginalen Teil stattfinden muß. Die Theorie, daß eine Elongation durch Zug prolabierter Vaginalwände zustande komme, ist zu verwerfen. Das wäre nur möglich, wenn der Uterus ventrofixiert ist. Seit man aber weiß, daß die Cervix die am besten fixierte Partie des Uterus ist, und nicht die breiten Ligamente die Hauptstütze desselben abgeben, ist diese Anschauung unhaltbar geworden. Sieber (Grunewald-Schmargendorf).

8) **H. Crad** (Neuyork). **Verkürzung der Sakrouterinligamente (illustr.).** (New York med. journ. 1913. März 22.)

Eingehende Besprechung der Stütz- und Aufhängeapparate des Uterus.

Therapeutisch empfiehlt C. bei Frauen jenseits des Klimakteriums die Interpositio uteri (Schauta-Wertheim), für jüngere gestationsfähige Pat. vaginale Verkürzung der Sakrouterinligamente: Zirkumzision der Portio, Längsinzision der vorderen Vagina, Abschieben der Blase und eventuell vaginale Verkürzung der Ligg. rotunda. Fixierung der Blase mit der Fascia pelvis. Hervorziehen der Sakrouterinligamente aus der vorderen oder, wenn dies mißlingt, aus einer hinteren Kolpotomiewunde und Fixierung unter Verdoppelung auf der Vorderseite der Cervix. Amputatio portionis. Schluß der Kolpotomie. Dammplastik unter Vereinigung der Levatorschenkel und des M. transversus perinei.

Diese von Jellet (Dublin) 1911 veröffentlichte Methode (die sich im wesentlichen mit der von Wagner aus der Wertheim'schen Klinik beschriebenen Operation deckt, Ref.), hat C. in zehn Fällen, die 1912 zur Operation kamen, befriedigende Resultate gegeben. Schottelius (Hamburg).

9) **M. Bogdanovics** (Budapest). **Über die operative Behandlung der Retroflexio uteri.** (Orvosi Hetilap 1911. Nr. 52.)

Behandelt soll die Retroflexio bloß werden, wenn sie Symptome verursacht. Die Behandlung soll in erster Linie in der Reposition und Pessarbehandlung bestehen; nur wo diese erfolglos war, soll man zum Messer greifen. Von 3159 an Retroflexio leidenden Frauen wurden an der I. Frauenklinik bloß 79 operiert; in 6 Fällen wurde die Alexander-Adams'sche Operation ausgeführt, in 73 Fällen die Ventrofixation mit intraabdominaler Verkürzung der runden Mutterbänder und Vernähen der Plica vesico-uterina. Von 48, nach 1—7 Jahren nachuntersuchten Frauen zeigten bloß 2 Rezidive. 5 Frauen wurden schwanger; 4mal verlief die Geburt normal, bei der fünften mußte wegen Lungentuberkulose die Schwangerschaft unterbrochen werden. — Auf Grund solcher Erfahrungen empfiehlt B. für Fälle, wo die operative Behandlung der Retroflexio geboten ist, die Ventrofixation nach der oben geschilderten Methode. Temesváry (Budapest).

Digitized by Google

10) **S. Figueroa (Merida). Eine neue Methode der Verkürzung der Ligg. rotunda.** (Journ. amer. med. assoc. 1913. Nr. 14. p. 1042.)

Modifizierter Alexander-Adams; die Ligg. rotunda werden über dem inneren Leistenring hervorgeholt und nach Art der Kocher'schen Leistenhernienoperation in einer Schlinge subfascial durchgezogen und mit Silkworm an der Fascie fixiert.

Schottelius (Hamburg).

11) **D. J. McAfee (West Kirby). Komplete Inversion des Uterus mit Adhärenz der Placenta.** (Brit. med. journ. 1913. März 22.)

Bei einer 35jährigen Vpara mußte von der Hebamme wegen starker Blutung die Expressio placentae ausgeführt werden, wobei eine totale Inversion eintrat, die Blutung aber sofort stand. Die Placenta konnte jedoch nicht entfernt werden. An der Nabelschnur war nicht gezogen worden. Verf. entfernte die Placenta mit vieler Mühe, da von dieser dicke, fibröse Stränge nach der Uteruswand zogen. Bei der vorhergehenden Geburt war auch manuelle Placentarlösung notwendig gewesen. Nach Reinversion heiße Spülung und Tamponade. 7 Stunden später Exitus. Unzweifelhaft war Shock dessen Ursache, denn die verlorene Blutmenge erklärte ihn nicht. Sehr häufig finden sich Fälle von Uterusinversion bei den farbigen Rassen, wo die Geburt in hockender Stellung erfolgt.

Sieber (Grunewald-Schmargendorf).

12) **W. Zangemeister (Marburg). Über puerperale Uterusinversion.** (Deutsche med. Wochenschrift 1913. Nr 16. März 22.)

An der Hand der Literatur über diese selten vorkommende Affektion (1 : 400 000 Geburten) bespricht Z. ausführlich deren Ätiologie, Verlauf und Prognose, Diagnose, Prophylaxe und Behandlung. Behne (Kiel)

Bauchdecken.

13) **Kurt Landmann. Über die Radikaloperation der umbilikalen, subumbilikalen, epigastrischen und postoperativen Hernien der Linea alba nach Menge.** Inaug.-Diss., Heidelberg, 1913.

Beschreibung der Technik und Methodik der Menge'schen Radikaloperation unter Anführung von typischen Operationsberichten bei umbilikalen, subumbilikalen, epigastrischen und postoperativen Hernien der Linea alba und Darlegung ihrer Vorzüge gegenüber allen Längsschnitten, die, wenn keine Prima intentio erfolgt, stets eine Tendenz zum Auseinanderklaffen zeigen. Der Operationsmodus bei allen Brüchen der Mittellinie ist nach Menge kurz folgender:

Querverlaufender Hautschnitt, Freilegung und Anfrischung des Bruchringes, Abbinden des Bruchsackes, Querschnitt durch die vordere Rectusscheide und Peritoneum, das unterhalb der Linea semicircularis allein mit der dünnen Fascia transversa an deren Stelle tritt. Längsnaht des Bauchfells, getrennt oder mit der hinteren Aponeurose zusammen; Vereinigung der Recti in der Medianlinie und Quernaht der Fascie und Haut.

Auf diese Weise wurden 59 Pat. operiert:

26 Umbilikalhernien = 44%;

21 Hernien der Linea alba inkl. der subumbilikalen und 1 postoperativen Hernie = 36%;

9 Rectusdiastasen und Venter propendens = 15%;

1 Hernie der Linea alba und Umbilikalhernie;

1 Umbilikal- und Subumbilikalhernie = 5%.

Exitus in 3 Fällen = 5%; hiervon sind wohl 2 Fälle dem großen Eingriffe

Digitized by Google

zur Last zu legen (Peritonitis diffusa purulenta). Im 3. Falle trat der Exitus infolge einer Lungenembolie ein. Doch läßt sich die Mortalität sicher noch weiter herabdrücken, da die Zahl der operierten Fälle zur Berechnung des definitiven Quotienten noch zu gering ist.

Das Endresultat war in allen nachuntersuchten Fällen ausgezeichnet, so gut wie bei keiner anderen Hernienoperation. Goldschmidt (Hannover).

14) **Moutaz (Lyon). Perforation der Bauchwand auf der Höhe eines großen, postoperativen Bauchbruchs.** (Lyon méd. 1913. Nr. 15.)

Die Laparotomie fand statt vor 12 Jahren, an einer damals 41jährigen Frau. Die Spontanruptur der infolge der Operation entstandenen Bauchhernie erfolgte, bei einer nur ganz geringfügigen Anstrengung unterhalb des Nabels. Die Frau nahm erst am anderen Tage davon Notiz, als sich eine kleine Absonderung einstellte. Erst 48 Stunden nach dem Vorfall stellte sie sich im Spital ein, ohne Zeichen peritonealer Infektion, ohne Übelkeit oder Auftreibung des Leibes; mit 37,8 Temperatur und 80 Puls. Die Perforation ist etwa $1^1/_2$ cm lang, in ihr eingeklemmt liegt ein Stückchen (4—5 cm) vom Epiploon, ohne jedes Anzeigen von Entzündung. Letzteres wird abgetragen, darauf eine Radikalkur der Bauchhernie gemacht und die Pat. rasch und glatt geheilt entlassen. Zeiss (Erfurt).

15) **J. Trapl (Brünn). Ein entzündliches Desmoid der Bauchwand.** (Casopis ceskych lékaruo 1913. Nr. 9. [Böhmisch.])

Nach einer Laparotomie bildete sich ein der Bauchwand anliegender Tumor bindegewebiger Natur, Desmoid, mit eitrigem Abszeß, durch die Infektion der Seidenligatur entstanden. Er wurde gelegentlich einer folgenden Laparotomie wegen Ovarialcyste mitentfernt. Jar. Stuchlík (München).

16) **W. W. Grant (Denver). Brettharte Phlegmone (Ligneous phlegmon) der Bauchdecken.** (Journ. amer. med. assoc. 1913. Nr. 4. p. 1039.)

Chronische, in Muskeln und Zellgewebe lokalisierte Entzündungen, die erst 1893 von Reclus zum erstenmal beschrieben und seitdem nur selten beobachtet wurden. Derartige Phlegmonen werden gelegentlich infolge der Gewichtsabnahme irrtümlich für maligne Tumoren gehalten, von denen sie nur sehr schwer unterschieden werden können. Hyperleukocytose, langsame Resorption und schließlich Vereiterung charakterisieren den Prozeß, der durch histologische Untersuchung einer Probeexzision klargestellt wird; verschiedene Erreger (Klebs-Loeffler, Pseudodiphtherie, Strepto- und Staphylokokken, Bac. proteus) wurden gelegentlich festgestellt. Ausführliche Krankengeschichte eines selbst beobachteten Falles, in dem die Diagnose durch Probeexzision und Probelaparotomie gesichert und die Therapie erfolgreich mit Coli und Staphylokokkenvaccinen durchgeführt wurde.

In einem anderen Falle schloß sich die Holzphlegmone an eine Herniotomie an. Auf breite Inzision Heilung. Schottelius (Hamburg).

17) **H. Wollin (Prag). Ein cystischer Tumor der Bauchdecken.** (Prager med. Wochenschrift 1913. Nr. 16.)

Der gänseeigroße, kugelige, zwischen Peritoneum und Muskulatur neben dem Nabel gelegene Tumor erwies sich histologisch als ein Enterokystom, vom Dottergang herstammend. Bisher ist dies der 6. bekannte Fall. Piering (Prag).

Ruptur und Perforation der Genitalorgane.

18) **Schwarz. Ruptur des graviden Uterus nach vorausgegangenem klassischen Kaiserschnitt.** (Münchener med. Wochenschr. 1913. Nr. 15.)

Dahlmann hat im Jahre 1910 25 solche Fälle aus der Literatur zusammengestellt. Verf. glaubt, daß die Zahl der vorgekommenen Uterusrupturen nach

Digitized by Google

klassischem Kaiserschnitt eine viel größere ist. Namentlich die für die Mutter ungünstig verlaufenen Fälle werden verschwiegen. Denn von den 25 bekannt gewordenen Fällen endete nur einer letal für die Mutter.

In dem vorliegenden Falle war 4 Jahre vorher der Fundusquerschnitt wegen Eklampsie gemacht worden. Die Vernähung geschah in drei Schichten: Naht der Muscularis, dann eine Schicht muskulo-seröser Nähte, hierauf fortlaufende Serosanaht, alles mit Catgut. Im 7. bis 8. Monat einer neuen Schwangerschaft war jetzt die Narbe im Fundus geplatzt. Der Uterus wurde supravaginal amputiert, Pat. geheilt.

Eine Reihe der bisher gegebenen Erklärungen für die Ursache des Platzens der Uterusnarbe (Nahtmaterial, Zeitverlauf bis zur neuen Schwangerschaft, Insertion der Placenta, Schnittführung) haben sich als nicht stichhaltig erwiesen. Wichtiger ist die Eigenart der Wundverhältnisse am Uterus: Die beständige Rückentwicklung, Wechsel zwischen Atonie und Kontraktion machen vollkommene Ruhigstellung der Wunde unmöglich und erschweren so die feste muskuläre Vereinigung der Uterusnaht. Im vorliegenden Falle war auch der Verlauf nach dem Kaiserschnitt nicht ganz fieberfrei, es bestand eine Bauchdeckeneiterung. Wieweit sich entzündliche Prozesse auch an der Uteruswunde abgespielt haben, läßt sich nicht beurteilen.

Die Frage, ob an Stelle des klassischen Kaiserschnittes der extraperitoneale nach Frank-Latzko weniger Gefahren für eine spätere Ruptur bildet, läßt sich heute noch nicht entscheiden. Frickhinger (München).

19) **J. Trapl (Brünn). Uterusruptur intra partum.** (Casopis ceskych lékaruo 1913. Nr. 9. [Böhmisch.])

Beschreibung einer Uterusruptur, welche erst 3 Tage nach der Entstehung operiert werden konnte. — Es handelte sich um eine Kreißende, bei welcher plötzlich die Wehen aufgehört hatten und die Geburt eines großen, schweren Knaben (tot, mazeriert) mittels Zangen erst am 3. Tag nach dem Wehenbeginn beendet werden konnte. Die manuelle Lösung der Placenta ergab eine Ruptur des unteren Uterussegments, durch welche die Placenta in die Bauchhöhle geraten ist. Ausziehen derselben an der Nabelschnur, Laparotomie; nach einigen Wochen vollkommene Heilung. Die Frucht blieb deshalb im Uterus, weil sie mit ihrem Kopfe die erfolgte Ruptur einigermaßen tamponiert hat. Stuchlik (München).

20) **B. C. Hirst (Philadelphia). Über Uterusruptur.** (Surgery, gynecology and obstetrics Vol. XVI. Nr. 3.)

Während die Zahl der spontanen Uterusrupturen gegen früher abgenommen hat, hat die Zahl der violenten zugenommen. Das ist auf eine mangelhafte Ausbildung der Ärzte in der geburtshilflichen Diagnosestellung und Technik zurückzuführen. Die Entscheidung, ob nach eingetretener Ruptur die Behandlung mit Tamponade genügt, oder ob ein komplizierter, abdominaler Eingriff vorzunehmen ist, muß von Fall zu Fall entschieden werden.

Robert Stern (Offenbach).

21) **J. Holländer (Kassa, Ungarn). Ein Fall von Schußverletzung der schwangeren Gebärmutter.** (Budapesti Orvosi Ujság, Szylészet in Nygyógyászat 1912. Nr. 3.)

Der Fall betrifft eine junge Frau im 6. Monat ihrer ersten Schwangerschaft. Mit selbstmörderischer Absicht hatte sie sich mit einem Revolver in den Bauch geschossen. Noch am selben Tage erfolgte die Operation in subfebrilem Zustande. Der Schußkanal ging durch den Uterus. Dieser wurde eröffnet und die darin befindlichen Zwillinge, deren einen der Schuß getroffen, samt den Nachgeburten

Digitized by Google

entfernt. Der Schußkanal der Gebärmutter wurde umschnitten und die Gebärmutter vernäht. Danach Tubensterilisation zur Verhütung einer späteren Schwangerschaft bei einem schadhaften Uterus. — Die Rekonvaleszenz war ungestört, und die Frau konnnte am 16. Tage geheilt entlassen werden. Im Anschluß an seinen Fall gibt H. einen Überblick über die in der Literatur verzeichneten ähnlichen Fälle.

Temesváry (Budapest).

22) **F. Vogel** (Bilin, Sauerbrunn). **Traumatische Scheidenruptur mit Dünndarmvorfall.** (Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 24.)

Eine seit vielen Jahren mit einem Genitalprolaps behaftete Frau erhielt im Stall beim Melken von einem Tier einen Tritt gegen den Vorfall. Sie sah, daß etwas aus dem Vorfall hervortrat, erkannte dies als Darm, wickelte ihn in Fetzen, wie sie eben im Stalle zur Hand lagen und legte darauf noch etwa 40 Schritte in ihre Wohnung zu Fuß zurück. Nach dieser Wanderung lagen die Dünndarmschlingen in einem etwa mannskopfgroßen Konvolut zwischen den Oberschenkeln der Frau. Sie waren bei Ankunft des Verf.s in schmutzige Fetzen gewickelt, und mit diesen teilweise verklebt. Es zeigten sich auch bereits Verklebungen der Darmschlingen untereinander.

Da der Transport in ein Krankenhaus verweigert wurde, sah sich Verf. gezwungen, die Reposition der Därme unter sehr schwiereigen Umständen vorzunehmen. Unter Anwendung der Knie-Ellbogenlage kam er schließlich zum Ziel. Die Kranke hatte in der darauffolgenden Nacht eine äußerst reichliche Stuhlentleerung, und überstand die Verletzung ausgezeichnet, ohne besondere peritoneale Reizerscheinungen. Die Rißverletzung in der Vaginalwand heilte unter reichlicher Sekretion per secundam in 4 Wochen. Frickhinger (München).

Geburtshilfliche Komplikationen.

23) **J. Whitridge Williams. Weitere Beiträge zur Kenntnis vom perniziösen Schwangerschaftserbrechen.** (Journ. of obstetr. and gynaec. of the brit. empire Vol. XXII. Nr. 5. 1912. Nov.)

W. teilte in früheren Arbeiten das unstillbare Schwangerschaftserbrechen in ein reflektorisches, neurotisches und toxämisches ein. Die Diagnose der toxämischen Form glaubt er durch den Nachweis einer Erhöhung des Ammoniumkoeffizienten im Blute stellen zu können. Die Nachprüfungen anderer englischer und deutscher Autoren und eigene Erfahrungen brachten W. dazu, diese Ansicht zu revidieren. Er hält auch heute noch an der Dreieinteilung fest. Nachweis eines bedeutend erhöhten Koeffizienten bedeutet aber nur, daß die Pat. schwer krank sind. Es kann diese Erhöhung lediglich durch Hungerzustand, der bei schweren Formen von Erbrechen natürlich eintritt, hervorgerufen sein. Daneben existieren aber auch Fälle, bei denen sie durch die bei der toxämischen Form vorhandenen Stoffwechselstörungen, vor allem durch die Erkrankung der Leber, hervorgerufen ist. Die diagnostische Bedeutung der Bestimmung des Ammoniumkoeffizienten im Blute wird dadurch nicht aufgehoben, aber eingeschränkt. Ein niedriger Ammoniumkoeffizient zeigt das Bestehen einer neurotischen Form an. Die Erhöhung des Koeffizienten ist als alarmierendes Symptom anzusehen. Es ist Sache der weiteren klinischen Beobachtung, zu entscheiden, ob die toxämische Form oder die neurotische vorliegt. Handelt es sich um die toxämische Form, so muß so schnell wie möglich, am besten mit vaginalem Kaiserschnitt, entbunden werden. Wegen der Gefahr der Leberschädigung darf bei der Narkose kein Chloroform verwendet werden. Hans Schlimpert (Freiburg i. Br.).

Digitized by Google

24) **Elise Eichmann.** **Schwangerschaftstoxikodermien durch Ringersche Lösung geheilt.** (Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 4.)

Schon im vorigen Jahre hat Rissmann drei Fälle von durch Ringer'sche Lösung geheilten Toxikodermien veröffentlicht. Die Verf. teilt nun drei weitere Fälle mit, bei denen befriedigende Resultate durch die Ringer'sche Lösung erzielt wurden. Die Applikationsweise wurde insofern geändert, als an Stelle der früher geübten Infusion die Injektion in die Glutäalmuskulatur vorgenommen wurde. Man ließ sich dabei von der Überzeugung leiten, daß die Schwangerschaftstoxikosen, speziell die Toxikodermien, zum großen Teil auf alimentärer Intoxikation zurückzuführen sind. An die placentare Theorie glaubt die Verf. nicht recht. Frickhinger (München).

25) **Brühschwein.** **Über Komplikation der Schwangerschaft mit Herzkrankheiten.** Inaug.-Diss., Erlangen, 1912.

Verf. findet unter den 5373 letzten Geburtsgeschichten der Universitäts-Frauenklinik 103 Fälle mit Herzfehlern. Von den 103 herzkranken Frauen hatten 92 einen vollkommen glatten und normalen Wochenbettsverlauf, unter den 11 übrigbleibenden Fällen fand sich ein Todesfall während der Austreibungsperiode, 4 im Wochenbett, 2mal leichtes Fieber im Wochenbett, 1mal Atonie, 3mal Kollaps während der Austreibunsperiode. Bei 27 operativen Fällen hatte nur 2mal der bestehende Herzfehler Anlaß zum Eingreifen gegeben (1 Wendung, 1 Metreuryse, kein Todesfall). Für den kompensierten Herzfehler bildet nach Verf. Geburt und Wochenbett keine besondere Gefahr, beim dekompensierten und therapeutisch nicht beeinflußbaren Vitium ist stets die Prognose dubiös, und zwar liegt die Hauptgefahr im Ende der Austreibungsperiode mit ihren Druckschwankungen. Die Statistik der Erlanger Klinik lautet etwas ungünstiger als die von Jaschke (3,8% Störung von seiten des Herzens gegen 2,2%). In Anbetracht dessen aber, daß Verf. nur Fälle berücksichtigt hat, bei denen ein typischer pathologischer Herzbefund notiert war, kommt er zu dem Schluß, daß das Jaschke'sche Verhältnis im allgemeinen das Richtige trifft und somit dieses Autors Ansicht berechtigt ist, daß ein Herzfehler in der Schwangerschaft nicht anders zu beurteilen sei, wie außerhalb derselben.

26) **H. Drews (Charlottenburg).** **Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bei ausgedehnter halbseitiger Teleangiektasie und Varicenbildung mit lymphangiektatischer Elephantiasis.** (Berliner klin. Wochenschrift 1913. Nr. 17.)

Kasuistischer Beitrag mit den im Titel angegebenen Merkmalen. Die streng halbseitige Lokalisation legt den Gedanken an eine ursächliche Beteiligung des vasomotorischen Zentrums nahe. Die elektrische und thermometrische Untersuchung ergeben aber keine Anhaltspunkte dafür. Auch die Schweißabsonderung war beiderseits gleichmäßig. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett verliefen ungestört. H. Fuchs (Danzig).

27) **Hans Saenger.** **Über plötzliche, klinisch rätselhafte Todesursachen während oder kurz nach der Geburt, unter Zugrundelegung eines Falles von akuter Pankreasnekrose.** (Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 24.)

Der Verf. weist auf die unangenehme Situation hin, in welche Arzt und Hebamme durch einen plötzlichen Todesfall unter der Geburt versetzt werden, und bespricht die verschiedenen, solchen Ereignissen zugrunde liegenden Ursachen. Alsdann wird über eine IIIpara berichtet, welche 10 Minuten nach spontaner Geburt unter heftigem Erbrechen ohnmächtig wurde und unter Erscheinungen

Digitized by Google

von Cyanose rasch starb. Die Ursache dieses plötzlichen Todes soll eine Pankreasnekrose gewesen sein von akutestem Verlauf. Prädisposition zu dieser Erkrankung waren gegeben in starker Adipositas und Alkoholismus der Verstorbenen. Ferner war wenige Stunden vor der Entbindung eine reichliche Mahlzeit mit Bier aufgenommen worden. Schließlich muß als ausschlaggebendes, ursächliches Moment das Geburtstrauma angesprochen werden. Es wurden Pankreasgefäße zum Bersten gebracht. Das fettreiche Blut konnte den sich reichlich in die Risse des Pankreasgewebes ergießenden Pankreassaft aktivieren und die äußerst gefährlichen Toxine erzeugen. Neben den nekrotischen Herden im Pankreasgewebe ergab die mikroskopische Untersuchung ausgedehnte Verfettungen der Kupfer'schen Sternzellen in der Leber, wie sie bei toxischen Zuständen (Peritonitis, Sepsis usw.) vorkommen. Diese Schädigungen der Leber mußten in dem vorliegenden Falle als frische und so akute angesehen werden, daß sie ungezwungen als Folgewirkung des giftigen Pankreassekretes gedeutet werden können.

Frickhinger (München).

Wochenbett.

28) **Bouffe de Saint-Blaise (Paris). Beitrag zum Frühaufstehen der Wöchnerinnen.** (Gynécologie 16. Jahrg. Nr. 11.)

Von 495 Frauen waren bei 204 Frauen Kontraindikationen gegen das Frühaufstehen vorhanden. Von den übrigen 291 zeigten nur 31 am 10. Tage eine ungenügende Involution des Uterus. Nur 83 hatten keine Abnormität der Lochien. An welchem Tage die Wöchnerinnen aufstanden, wird nicht mitgeteilt. Schlüsse werden aus den Tatsachen nicht gezogen. Hohl (Bremerhaven).

29) **Bouffe de Saint-Blaise (Paris). Beitrag zum Frühaufstehen der Wöchnerinnen.** (Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. 8. Jhg. Nr. 1.)

Von 495 Frauen mußten 204 Frauen wegen irgendwelcher Leiden, welche das Frühaufstehen verbieten, davon ausgeschlossen werden. Von den übrigen 291 hatten am 9. oder 10. Tag 260 Frauen keine genügende Involution der Genitalien. Unter den 31 Frauen, welche genügende Involution aufwiesen, waren 12 Erstgebärende, 25 hatten genährt. 4 hatten eine Retroflexio. 112 Frauen verloren noch reichlich Blut, 43 dunkel kastanienfarbenes, 10 mit schlechtem Geruch; 53 hatten schleimig-eitrigen Ausfluß, 83 verloren kein Blut oder nur sehr wenig.

Hohl (Bremerhaven).

30) **L. Bouchacourt (Paris). Ist man berechtigt, anzunehmen, daß das Frühaufstehen der Wöchnerinnen die Involution des Uterus verlangsamt und die Bildung von Thrombosen und Embolien begünstigt?** (Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. 8. Jahrg. Nr. 1).

Verf. kommt auf Grund der bisher veröffentlichten Resultate und eigner Beobachtungen zu dem Schluß, daß eine Verlangsamung der Involution des Uterus durch das Frühaufstehen nicht verursacht wird und eine Begünstigung der Thrombosen und Embolien keineswegs stattfindet. Er berichtet über zwei Fälle, die im Anschluß an ein sehr langes Wochenbeitt auftraten.

Hohl (Bremerhaven).

31) **L. Bouchacourt (Paris). Über die rationelle Technik gymnastischer und Bewegungstherapie im Wochenbett.** (Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. 8. Jahrg. Nr. 2.)

Neben den verschiedenenen empfohlenen Lagen frischentbundener Frauen, wie Seitenlage, halbsitzende Lage usw., empfiehlt B. als Anhänger des Frühauf-

Digitized by Google

stehens die Bauchlage. Eine feste Binde ist ein Erfordernis für das Frühaufstehen; Modelle sind in großer Anzahl angegeben.

Von großer Wichtigkeit sind frühzeitige Bewegungen, insbesondere der Abdominalmuskeln und der unteren Extremitäten durch Geraderichten des Rumpfes, Beugung und Ausstrecken der Beine in dorsohorizontaler Lage, Beugung und Streckung des Beckens in Bauchlage. Unterstützend und kräftige Muskelkontraktionen hervorrufend wirkt Faradisation, ebenso sind Massage des Abdomens und des Uterus zur Begünstigung der Blutzirkulation im Becken sehr günstig.

Hohl (Bremerhaven).

32) **Georg Siewczynski. Weitere Erfahrungen über das Frühaufstehen der Wöchnerinnen.** Inaug.-Diss., Freiburg i. B., 1912.

S. berichtet über 2451 Fälle vom 1. IV. 1907 bis 1. III. 1910. Darunter fanden sich 32 Todesfälle = 1,3%, 9mal nach Spontangeburt, 23mal nach operativer Beendigung. Unter der ersten Gruppe finden sich nur 2 Frühaufgestandene, aus der zweiten schalten 12 aus, welche teils an Verblutung oder Herzschwäche usw. gestorben sind. Von dem Rest sind nur 3 Frühaufgestandene.

Von den übrigen 2419 Frauen standen auf:

am 1.— 3. Tag	2150	10,1 = 8,5%,
» 4.— 5. »	116	21,6 = 18,1%,
» 6.—10. »	130	24,6 = 21,5%,
nach dem 10. »	23	65,2 = 39,1%.

Also 2266 = 93,7% Frühaufgestandene gegen 61,7% bei Gauss. Dementsprechend sank die Gesamtmorbidität von 17,6 auf 11,9%. Auch subjektiv wurde von 41,9% frühaufgestandener Mehrgebärenden angegeben, daß das letzte Wochenbett besser verlaufen sei als die früheren. Daß bei den Spätaufgestandenen Schwindel und Mattigkeit prozentualiter nicht häufiger sind, wird damit erklärt, daß in Freiburg selbst bei protrahierter Bettruhe alle nicht fiebernden Wöchnerinnen sich an den gymnastischen Übungen beteiligen müssen.

Auch bezüglich der Stillfähigkeit zeigen die Frühaufgestandenen sich deutlich besser gestellt. Von den am 1.—5. Tage aufgestandenen stillten 82,3, unter Zufütterung 10,8%, gar nicht 6,9%.

Von den am 6.—10. Tage aufgestandenen 66,2; 25,7; bzw. 8,1%.

Von den nach dem 10. Tage aufgestandenen 50%, 25 und 25%.

Die Zahlen der Retrodeviationen sind bei der geringen Zahl der spät aufgestandenen Nachbeobachteten schlecht zu verwenden.

Thrombose der Vena fem. fand sich 4mal, 2mal bei septischer Hausepidemie, nur 1mal bei einer Frühaufgestandenen, die schon beim ersten Aufstehen am 2. Tage über Schmerzen klagte; einmal bestand sie schon ante partum. Sonst noch 10 Fälle von Thrombose der oberflächlichen Hautvenen.

Begünstigend wirkt auf das Frühaufstehen endlich noch der Skopolamindämmerschlaf. Denn während 56 ohne Narkose Entbundene sich weigerten aufzustehen, wurde dies bei Skopolaminpatienten nie beobachtet, wohl eine Folge des verminderten psychischen Geburtstraumas. Schneider (Freiburg i. B.).

33) **B. A. Fedde (Brooklyn). Die Behandlung des Wochenbetts und leichter Wochenbettserkrankungen.** (Med. record 1913. Nr. 17. p. 752.)

Betonung der Schäden, die in minderbemittelten Kreisen ungenügend ausgebildete Wochenpflegerinnen anrichten; deshalb sollten derartige minderwertige Wärterinnen, auf die die Pat. infolge ihrer sozialen Lage nun einmal angewiesen ist, ante partum an der Hand eines Merkblattes, das die wichtigsten hygienischen

Digitized by Google

und diätetischen Maßnahmen für Mutter und Kind enthält, vom Arzt instruiert werden.

Die Arbeit enthält zwar beherzigenswerte, aber wenig neue Gesichtspunkte. Zur Unterstützung der Heilung frisch genähter Dammrisse wird die Injektion von gemischten Bakterienvaccinen (Van Cott's) empfohlen. Ein freier Abfluß der Lochien wird am sichersten durch frühzeitiges Sitzen im Bett (Fowler's Position) garantiert. Bei leichten Temperaturanstiegen soll sofort ärztliche Behandlung einsetzen. Schottelius (Hamburg).

Menstruation.

34) **Bollmann. Über Menstruationsanomalien bei Jugendlichen mit näherer Beschreibung der Pubertätsblutungen.** (Diss., Erlangen, 1912.)

Verf. teilt das aus 146 Fällen bestehende Material ein in Dysmenorrhöen, Amenorrhöen, Menorrhagien. Von Dysmenorrhöe liegen 50 Fälle vor, davon hatten 26 mechanische Ursachen (Stenose der Cervix, Retroflexio), die übrigen basierten auf verschiedenen Grundlagen (entzündliche Vorgänge, Endometritis, Hypoplasie). Die besten Erfolge waren bei den Stenosen des Cervicalkanals zu verzeichnen (Dilatation, Abrasio). Auch die Behandlung der Retroflexio zeitigte gute Resultate (teils Alexander-Adams, teils Allgemeinbehandlung). Einzelne Versager fanden sich bei den nicht mechanisch bedingten Dysmenorrhöen (Therapie: Allgemeinbehandlung, Abrasio). Bei den 23 Fällen von Amenorrhöe fand sich 19mal Hypoplasie, in den übrigen Fällen Chlorose, Lungentuberkulose, Mitralfehler. Erfolgreiche Therapie brachte bei Hypoplasie Ovaradentriferrin, Hypophysenextrakt. Erfolg brachte auch die von Prof. Seitz angegebene thermische Uterussonde; ein Fall trotzte jeder Therapie. Menorrhagien lagen 73 vor; davon mußte bei 13 Hypoplasie als Ursache angesprochen werden, die übrigen waren teils Chlorosen, mit deren erfolgreicher Behandlung die Menorrhagie schwand, teils Endometritis, die mit Abrasio geheilt wurde. Allgemeinbehandlung in Verbindung mit Stypticin, Eisendarreichung zeitigte gute Resultate. Blutseruminjektion nach Busse blieb in einem Falle erfolglos.

35) **Rieck (Altona-Hamberg). Zur Therapie übermäßig starker menstrueller Blutungen.** (Deutsche med. Wochenschrift 1913. Nr. 14. p. 653.)

Zunächst Besprechung der gebräuchlichsten internen Mittel zur Bekämpfung übermäßig starker menstrueller Blutungen ohne grobanatomische Ursache.

Von operativen Maßnahmen werden erwähnt: Die Punktion der Portio, die Tamponade der Uterushöhle, die Auskratzung, die Totalexstirpation.

Bei älteren Frauen, die dicht vor dem Klimakterium stehen, ist die Sterilisierung durch Röntgenbehandlung oder Totalexstirpation vorzuziehen.

Bei jugendlichen Frauen mit übermäßigen Periodenblutungen, die erfolglos mit den erwähnten Maßnahmen behandelt worden sind, empfiehlt Verf. die von ihm bereits 1911 angegebene teilweise Resectio corporis uteri auf vaginalem Wege, die sog. Defundatio uteri.

Durch diese Operation wird die blutende Fläche verkleinert und dadurch die Periodenblutung vermindert. Die Eierstocksfunktion bleibt erhalten. Allerdings wird die Fruchtbarkeit der operierten Frau vernichtet.

Verf. empfiehlt die Anwendung seiner Operation in allen Fällen, in denen bis jetzt die Totalexstirpation lediglich wegen zu starker Blutung gemacht wurde.

Behne (Kiel).

Digitized by Google

36) **Schulhof** (Bad Héviz, Ungarn). **Blutungen und mäßig warme Thermalkuren.** (Med. Klinik 1912. Nr. 33.)

Verf. beobachtete häufig bei Pat., die die Akratotherme Héviz benutzten, Verkürzung der menstruellen Blutungsintervalle und Verlängerung der Blutungsdauer. Obwohl er der Überzeugung ist, daß bei gesunden Geschlechtsorganen das Baden in der mäßig warmen Therme nichts schadet, rät er doch vom Baden während der Menses prinzipiell ab.

Bei Schwangeren in den ersten Monaten hält er die Thermalkur nicht für kontraindiziert, man müsse sich nur vor Anwendung zu intensiver Wärme hüten.

Behne (Kiel).

37) **Louis Pierra** (Paris). **Über einige Einzelheiten der Menstruation bei neuroarthritischen Frauen.** (Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. 8. Jahrg. Nr. 2.)

Fast alle arthritisch veranlagten Frauen haben Störungen der Menstruation. Ihre Regel ist fast immer schmerzhaft, oft häufig, reichlich und besonders verlängert. Diese Kranken haben oft einen glandulären Katarrh, mehr oder weniger heftig. Ihre Pubertät ist frühzeitig, ihre Menopause spät, die eine oder andere begleitet von Blutungen und Schmerzen. In Summa, die menstruellen Funktionen vollziehen sich bei ihnen nicht absolut physiologisch. Man darf daher nicht versäumen, sich über den Allgemeinzustand genau zu informieren, wenn man sich gegenüber genitalen Störungen befindet, die nicht in Abhängigkeit von einer utero-adnexiellen Erkrankung stehen. Hohl (Bremerhaven).

38) **Kasimir Dluski** (Zakopane). **Über Menstruationsfieber bei tuberkulösen Frauen (mit Berücksichtigung mancher pathologischer Erscheinungen).** (Przeglad lekarski 1911. Nr. 47—49.)

Das Beobachtungsmaterial des Verf.s umfaßt 300 Frauen, im I. Stadium (Turban) 131, II. 90, III. 79, mit zusammen 1167 Menstruationsperioden. Genauere anamnestische Angaben erhielt man von 185 Frauen, von diesen hatten 48 (26%) Menstruationsstörungen und 32 (18%) außergenitale Störungen während der Menses. Bei 115 Fällen der Gesamtzahl 300 ließ sich ein konstanter Einfluß der Tuberkulose auf die Körpertemperatur feststellen. Unter den übrigen 185 waren 100 mit einer im allgemeinen normalen Temperatur während der Menses, 85 hingegen hatten zu dieser Zeit eine subfebrile oder febrile Temperaturerhöhung, um während einiger späterer Menstruationen eine niedrigere Körpertemperatur, als bei dem betreffenden Individuum für gewöhnlich bestand, eintreten zu lassen. Diese Temperaturschwankungen sind auch zeitlich im Verhältnis zur Regel nicht konstant, lassen sich auch schwer in ein gewisses Schema gruppieren. Somit läßt sich zwischen Tuberkulose und dem sog. Menstruationsfieber kein sicherer Kausalkonnex konstatieren und auch keine allgemein gültige Regel aufstellen. Umgekehrt darf nicht jedes Mädchen oder jede Frau mit erhöhter Temperatur während der Menstruation als tuberkulös betrachtet werden, man kann höchstens Verdacht schöpfen. Auch prognostisch läßt sich das Menstruationsfieber nicht verwerten. Im allgemeinen ist das Verhältnis der Körpertemperatur während der Menses zur Tuberkulose ein unaufgeklärtes, wie überhaupt die ganze Angelegenheit des Menstruationsfiebers nur von der weiteren Erkenntnis der inneren Sekretion der Ovarien und ihrer Wirkung auf gewisse Körperorgane und deren Funktionen abhängig ist. H. Ehrlich (Przemysl).

39) **J. Hollós** (Szeged, Ungarn). **Der tuberkulöse Ursprung der Menstruationsstörungen.** (Orvosi Hetilap 1912. Nr. 34.)

H. erklärt das zu späte Auftreten der Menstruation, sekundäre Amenorrhöen,

Digitized by Google

andererseits zu häufige und zu reichliche Menstruationen und Dysmenorrhöe durch Intoxikation des Organismus aus einem wo immer sitzenden Tuberkelherd. — Die Intoxikationserscheinungen, und so auch die Menstruationsstörungen, bilden eine spontane Reaktion des giftempfindlichen Organismus auf die chronische Vergiftung; je stärker diese Reaktion, um so größer ist die Immunität des Organismus dem Gifte gegenüber. Diese Symptome bilden also auch ein prognostisches Zeichen, und das Fehlen dieser Störungen wird auf einen raschen und ungünstigen Verlauf der Tuberkulose schließen lassen. Temesváry (Budapest).

Bakteriologie und Serologie.

40) **M. Horvath und L. Kalledey** (Budapest). **Wird die Virulenz der Bakterien durch die intravenöse Sublimatbehandlung beeinflußt?** (Orvosi Hetilap 1912. Nr. 17.)

Die beiden Forscher haben zur Untersuchung Anthraxbakterienemulsionen in Kaninchen geimpft und gleichzeitig oder nachträglich den Tieren Sublimat intravenös gegeben. Sie beobachteten, daß geringere Gaben von Sublimat die Schutzmaterie vermehrten, größere hingegen herabsetzten. Auf Grund von 61 Beobachtungen kamen sie zum Resultat, daß die mit Sublimat behandelten Tiere eine bessere Mortalitätsziffer zeigten, als die nicht behandelten Kontrolltiere, und daß der Krankheitsverlauf bei jenen auch günstiger war; eine günstige Beeinflussung des Kaninchenanthrax durch das intravenöse Sublimat war also nicht zu verkennen. — Außerdem entnahmen sie den behandelten Tieren in gewissen Zeiträumen Lymphe und konnten so das allmähliche Verschwinden der Kapseln der Bakterien beobachten, was auf eine ständige Abnahme der Virulenz schließen läßt. Temesváry (Budapest).

41) **J. C. Hirschfelder** (San Francisco). **Die Behandlung gonorrhoischer und anderer Infektionen mit verdauten Bakterienextrakten.** (Journ. amer med. assoc. 1913. Nr. 14. p. 1061.)

Eine Keimemulsion wird auf 38° C erhitzt und mit gleichen Mengen einer 0,2%igen Pankreatin(Cudahy)lösung in 2%iger Na. bicarbon.-Lösung versetzt, 15 Minuten lang auf 38° gehalten und mit Salzsäure der Verdauungsprozeß sistiert. Passage durch Pasteurfilter.

Intramuskuläre Injektion von 5 ccm, die wiederholt bis zu 50 ccm ohne schwere Folgen gegeben wurden. Gelegentlich kurze Allgemeinreaktion.

Die Injektionen wurden, teils kombiniert mit anderer Therapie, bei männlichen und weiblichen Gonorrhöepatienten mit gutem Erfolg gegeben; lokale Erscheinungen und metastatische Prozesse kamen zur Ausheilung. Nur eine Pat. wurde ausschließlich mit dem Extrakt geheilt. Schottelius (Hamburg).

42) **L. Jasqué und Fernand Masay** (Brüssel). **Retrouteriner Abzeß mit Streptobakterium foetidum.** (Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. 8. Jahrg. Nr. 2.)

Die Verff. fanden in einem Douglasabszeß fötid riechenden Eiter, dessen Erreger das von ihnen zuerst beschriebene Streptobakterium foetidum war. Es folgt eine kurze Rekapitulation der Eigenschaften dieses Bakteriums.

Hohl (Bremerhaven).

43) **H. Schlössmann** (Tübingen). **Studien zum Wesen und zur Behandlung der Hämophilie.** (Beitr. zur klin. Chir. Bd. LXXIX. Hft. 3.)

An sieben Hämophilen wurden Versuche über ihre Blutveränderung und therapeutische Möglichkeiten ausgeführt. Die Gerinnungszeit des Blutes der ver-

Digitized by Google

schiedenen Kranken war sehr verschieden und auch im einzelnen Falle schwankend. Auf große Blutverluste reagiert der Gesamtorganismus durch eine Erhöhung der Gerinnbarkeit. Ein Charakteristikum des hämophilen Blutes ist der Zerfall in mehrere Gerinnungsinseln, an Stelle eines zusammenhängenden Blutklumpens. Die Schwergerinnbarkeit entsteht nicht durch eine zu spärliche, sondern durch zu langsame Fermentbildung. In der Behandlung haben sich weder Gelatine noch Kalzium bewährt. Subkutan oder intravenös eingespritzte Blutsera versagten bei Lebenden trotz der günstigen Resultate in vitro. Eine erhöhte gerinnungfördernde Kraft zeigen Gewebssäfte, am besten Strumapreßsaft, doch auch dieser versagte bei Hämophilen. Verf. erklärt es damit, daß im lebenden Blute die in vitro gerinnungsbeschleunigenden Kräfte augenblicklich gelähmt werden. Zurzeit ruht also das Hauptgewicht noch immer auf der lokalen Blutstillung, und da bildet der Strumapreßsaft ein vorzügliches Hämostyptikum. Er bewährte sich in 20%iger Verdünnung dort, wo alle anderen Mittel versagt hatten. Bluttransfusionen scheinen, abgesehen von ihrem analeptischen Einfluß, auch etwas gerinnungsbeschleunigend zu wirken. Calmann (Hamburg).

44) **Charles J. Levison (San Francisco). Blutung durch lokale Applikation von Pferdeserum gestillt.** (Journ. amer. med. assoc. 1913. März 8.)

Im ersten Falle schwere Blutung nach endovesikaler Kauterisation einer Blasencyste. Nach Eröffnung der Blase hält die Blutung trotz Tamponade mit den verschiedensten Mitteln und Adstringentien noch 7 Tage an. Pferdeserum, das subkutan injiziert keinen Erfolg zeigte, brachte lokal appliziert die Blutung sofort zum Stehen, ebenso wie im zweiten Falle (Blutung aus Gallenblase nach Cholecystotomie). Auch hier versagte Serum subkutan, half dagegen lokal angewandt prompt. Schottelius (Hamburg).

45) **W. B. Jennings (Neuyork). Hämorrhagische Erkrankung eines Neugeborenen (Melaena) geheilt mit Pferdeserum.** (Journ. amer. med. assoc. 1913. Nr. 15. p. 1154.)

Mutter 3 Stunden post partum an perniziöser Anämie gestorben. Kind erkrankt am 4. Tage post partum an Melaena. Nach subkutaner Injektion von 7 ccm normalen Pferdeserums Rückgang der rektalen und vesikalen Blutentleerungen und Ausgang in Heilung. Schottelius (Hamburg)

46) **Albert Merckens. Ein Fall schwerster Melaena neonatorum geheilt durch Injektion von defibriniertem Menschenblut.** (Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 18.)

Wie Whipple experimentell gezeigt hat, ist der Fibrinogengehalt bei der Erkrankung an Melaena normal, während das Thrombin vermindert ist. Denn auf Zusatz von Thrombin sistierten die Blutungen. An Stelle der subkutanen Injektion von Blutserum, wie sie Franz in Graz ausgeführt hat, hat der Verf. die intramuskuläre Einverleibung von defibriniertem Menschenblut angewendet. Das so behandelte Kind litt an schwerer Melaena mit starker Anämie und unaufhörlichem Abgang von dünnflüssigen, schwarzbraunen bis roten Massen aus dem Anus. Nachdem 12 ccm defibriniertes Blut, das der Armvene eines gesunden Erwachsenen entnommen worden war, in die Glutäalmuskulatur des Neugeborenen injiziert waren, trat sehr rasch eine Sistierung der Blutungen ein. Das Kind wurde gerettet. Es ist anzunehmen, daß durch die Zufuhr von gesundem Blut mit normalem Thrombingehalt dem kindlichen Organismus Blutgerinnungsfermente mitgeteilt wurden, die entweder direkt eine bessere Gerinnungsfähigkeit des Blutes hervorriefen oder Anregung zur Bildung von Thrombin gaben.

Frickhinger (München).

Digitized by Google

Pituitrin.

47) **Guggenheim. Beitrag zur Kenntnis der Wirkung von Hypophysenextrakten (Pituglandol).** (Med. Klinik 1913. Nr. 19.)

Die Beobachtung, daß nicht nur verschiedene Wirkung, sondern auch direkte Versager vorkommen, legt es nahe, daß man in der Zusammensetzung der Hypophysensubstanz Differenzen annahm, doch scheint dies nicht richtig zu sein, vielmehr liegt die Ursache wohl in individuellen Differenzen, da die Substanz nach sehr genau kontrollierten Methoden gewonnen wurde. Zur Feststellung dieser Ansicht wurden Versuche gemacht, bei denen Tieren 1 ccm Pituitrin in die Vena femoralis eingespritzt wurde. Da Versuche ergaben, daß bei den meisten eine starke Blutdrucksteigerung und ein respiratorischer Stillstand sofort eintrat, wurde dies als die Norm genommen. Dann fiel bei ihnen kurzes Absinken des Blutdruckes auf, dem sofort wieder eine länger anhaltende Blutdrucksteigerung Platz machte, während die Respiration sich nur ganz langsam erholte und erst wieder normal wurde, nachdem der Blutdruck seine gewöhnliche Höhe wieder erreicht hatte. Von diesem normalen Typ gab es die verschiedensten Abweichungen, ja sogar Tiere, die sich gegen Hypophysenpräparate völlig immun verhielten. G. zieht hierfür die (wohl sehr naheliegende) Erklärung heran, daß andere innersekretorische, präformierte Produkte auf die plötzliche Einverleibung der Hypophysenpräparate unterstützend und mildernd oder gar aufhebend wirken können.

H. Köhler (Kiel).

48) **Siguret. Studie über die Wirkung des Hypophysenextraktes.** (Arch. mens. d'obstétr. et de gynéc. 1912. Dezember.)

Der Verf. hat in der Bar'schen Klinik drei Präparate geprüft: das Pituitrin, das Pituglandol und ein Präparat von Chray (Paris), indem er die Wirkung dieser Mittel nach den verschiedensten Richtungen hin feststellte (Blutdruck, Herztöne, graphische Darstellung der Wehenarbeit).

Er kommt zu dem Resultat, daß der Hypophysenextrakt die Wehen verstärkt, ihre Zahl vermehrt und ihre Wirksamkeit erhöht.

In einem Falle von engem Becken schien die Injektion die Entstehung einer Ruptur beschleunigt zu haben. In mehreren Fällen von Kaiserschnitt war die Wirkung der Mittels eine ungleichmäßige. Engelmann (Dortmund).

49) **Klotz (Tübingen). Über die Behandlung der akuten Blutdrucksenkung mit Hypophysenextrakt.** (Med. Klinik 1913. Nr. 25.)

K. hat mehrfach Blutdrucksenkungen infolge starker Blutverluste nach der Geburt oder bei Peritonitis mit Hypophysenextrakten behandelt. Der Angriffspunkt derselben ist die glatte Muskulatur der Gefäße. Die Blutdrucksteigerung war von langer Dauer, womit der Gegensatz zum Adrenalin, dessen Wirkung gewaltiger, dafür aber kürzer ist, gegeben ist. Die Pituitrinwirkung stellt deshalb keine zu großen Anforderungen an das Herz. Noch besser kann die Pituitrinwirkung werden, wenn man eine Kochsalzinfusion hinzufügt. Angeblich gibt K. auch noch Exzitantien hinzu (Kampfer, Koffein, Digalen usw.). H. Köhler (Kiel).

50) **Franz Ertl. Klinische Versuche mit wehenanregenden Mitteln.** (Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 18.)

Versuche mit Pituitrin, Pituglandol, Secacornin, Systogen und Glanduitrin führten zu folgenden Resultaten: Pituitrin (Parke, Davis & Co.) und Pituglandol (La Roche) bewährten sich ebenso wie Glanduitrin (Richter-Pest) als wehenanregende Mittel bei Wehenschwäche in der Eröffnungs- und Austreibungsperiode.

Secacornin (La Roche) und Systogen (Zyma-Aigle) sind sehr brauchbare Mittel bei Wehenschwäche in der Nachgeburtsperiode.

Digitized by Google

Secacornin eignet sich in geringen Dosen (bis höchstens 0,5 ccm) auch als wehenerregendes Mittel bei Wehenschwäche in der Eröffnungs- und Austreibungsperiode. Frickhinger (München).

51) **H. Reinhard (Osnabrück). Zur medikamentösen Behandlung der Wehenschwäche während der Geburt.** (Deutsche med. Wochenschrift 1913. Nr. 16. p. 747.)

R. hat in 6 Fällen Pituitrin, in 25 Fällen Pituglandol und in 15 Fällen Secalan-Golaz verwendet.

In 3 von den 6 mit Pituitrin behandelten Fällen traten Dauerkontraktionen des Uterus (15—17 Minuten) nach 1,0 bzw. 2,0 ccm auf.

Auch die Anwendung von 1,0 Pituglandol war 2mal von einem 15 Minuten dauernden Tetanus uteri begleitet.

Dagegen hat Verf. mit 0,25 bzw. 0,5 ccm Secalan fast ausschließlich gute Erfolge erzielt. Krampfartige Uteruskontraktionen wurden nie beobachtet.

Behne (Kiel).

52) **B. Lőrincz (Budapest). Über die Anwendung des Pituitrin in der Geburtshilfe.** (Gyógyászat 1912. Nr. 26.)

L. beobachtete in sieben Fällen die Wirkung des Pituitrin zur Einleitung der recht- oder vorzeitigen Geburt. Er kam zur Überzeugung, daß das Mittel hierfür fast ganz unbrauchbar sei; es erregte keine, oder nur unbedeutende Wehen.

Ganz anders waren die Erfolge, wenn das Mittel während der Geburt, zur Anregung der bisher zu schwachen Wehen gegeben wurde. In allen 19 beobachteten Fällen war der Erfolg zufriedenstellend, in einzelnen Fällen sogar direkt überraschend. Der rasche Durchtritt des ungenügend konfigurierten Schädels verursachte oft Verletzungen im Scheideneingang. Herzleiden kontraindizieren das Pituitrin. Temesváry (Budapest).

53) **M. Bogdánovics (Budapest). Über Anwendung des Pituitrin auf Grund von 150 Fällen.** (Orvosi Hetilap 1912. Nr. 16.)

In 150 Fällen wendete B. das Pituitrin zu geburtshilflichen oder gynäkologischen Zwecken an. Er gab in der Regel 1 ccm intravenös und beobachtete den Einfluß auf die Gebärmutter, die Blase und den Blutdruck. Er kommt zum Resultat, daß das Mittel das energischste zur Stärkung der Wehen sei; gar oft konnte es einen operativen Eingriff überflüssig machen. — Zur Einleitung des Abortes war es nicht brauchbar, wohl aber zur Einleitung der Frühgeburt. Bei infizierten Aborten, wo eine spontane Entleerung der Gebärmutter erwünscht scheint, ist es ein guter Behelf. Seine günstige Wirkung auf die Blase ermöglicht oft das Vermeiden des Katheterismus im Wochenbette. — Bei seiner absoluten Ungefährlichkeit für Mutter und Kind verdient es weiteste Anwendung und, da es den Blutdruck kaum erhöht, können auch Herz-, Gefäß- oder Nierenerkrankungen nicht als Gegenanzeigen betrachtet werden. — Bei submukösen Myomen fördert es die Austreibung der Geschwulst und erleichtert deren operative Entfernung.

Temesváry (Budapest).

Medikamente.

54) **H. Walther (Gießen). Synthetisches Hydrastinin-Bayer, ein Ersatz für Extr. Hydrastis canadensis fluidum.** (Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 13.)

Der Verf. hat das Hydrastinin-Bayer seit fast einem Jahr in geeigneten Fällen angewendet, d. h. dann, wenn es ohne gröbere anatomische Störungen der

Digitized by Google

Uterusschleimhaut und auch der Uteruswand auf die direkte Einwirkung auf die Blutgefäße ankommt. So hatte das Hydrastinin einen sehr guten Einfluß bei Menorrhagien, vor der Periode prophylaktisch und inter menses. Unangenehme Blutgerinnselbildung ließ nach, die Dauer der Periode wurde abgekürzt. Bei jungen Mädchen in den Entwicklungsjahren, wo das gut erprobte Stypticin als Opiumalkaloid nicht ganz gleichgültig ist, verliefen die Menses mit Hydrastinin besser. Auch bei anteponierenden Menses, bedingt durch Endometritis, Lageveränderungen, Myomatosis uteri, ferner bei Blutungen infolge von Adnexerkrankungen empfiehlt sich das Mittel. Besonders geeignet ist das Hydrastinin nach kleinen operativen Eingriffen und beugt hier bei den nächsten Periodenblutungen einer Enttäuschung der Pat. vor.

Das Hydrastinin eignet sich offenbar auch sehr gut zu subkutanen Injektionen.

Frickhinger (München).

55) **P. Werner und v. Zubrzycki. Über die Beeinflussung der Opsonie durch Elektrargol.** (Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 11.)

Es wurden Tierversuche, Menschenversuche und Reagenzglasversuche vorgenommen, um festzustellen, ob und in welcher Weise das Verhalten der Leukocyten den Streptokokken gegenüber durch Elektrargol beeinflußt wird. Den Kaninchen wurde das Elektrargol in die Ohrvene eingespritzt. In jedem Falle war nach 24 Stunden eine deutliche Erhöhung der Phagocytose zu konstatieren. Beim Menschen erstreckten sich die Versuche auf Schwangere, nichtfiebernde und fiebernde Wöchnerinnen. Das Elektrargol wurde in die Vena mediana cubiti injiziert. Das Ergebnis deckte sich mit dem bei den Tierversuchen gewonnenen Resultat. Nichtfiebernde reagierten aber klinisch anders als fiebernde Personen. Bei ersteren rief nämlich die Elektrargolinjektion sofort Beängstigungsgefühle, Blutwallungen, Hustenreiz, Cyanose und Pulsbeschleunigung hervor, Erscheinungen, welche sehr an das Bild der Angina pectoris erinnerten. Diese Beobachtung erklärt sich durch die physiologischen Untersuchungen von Proczanski am isolierten Froschherzen, die gezeigt haben, daß durch das Collargol eine Gefäßverengerung am Koronarsystem des Herzens bewirkt wird.

Aus den Reagenzglasversuchen ergibt sich, daß das Elektrargol seinen Angriffspunkt nicht in den Leukocyten selbst, sondern im Serum hat. Nur bei gleichzeitiger Anwesenheit von Serum, und zwar durch dessen Vermittlung wird die opsonische Kraft der Leukocyten erhöht. Frickhinger (München).

56) **Georg Lotheissen (Wien). Über die Behandlung mit Novojodinpaste.** (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXXXI.)

An die Stelle der Beck'schen Wismutpaste zur Röntgendiagnostik und zur Behandlung der Fistelgänge setzt L. aus Furcht vor den nicht ganz seltenen Wismutvergiftungen die Novojodinpaste. Zu Anfang nimmt er Novojodin 60 auf 120 gelbe Vaseline, später verwendet er Novojodin 60, Paraffinum liquidum 30, Vaseline 120, Cera alba 10. Die einzuspritzende Menge beträgt 50—60 ccm. Sie füllt die Höhlen und Fisteln völlig aus und hat sich bei tuberkulösen, bei Empyem-, bei kariösen und anderen Fisteln außerordentlich bewährt.

Calmann (Hamburg).

Originalmitteilungen und Referate für das Zentralblatt wolle man an *Prof. Dr. W. Stoeckel* in Kiel, Monographien, Sonderdrucke und Büchersendungen an *Prof. Dr. W. Stoeckel* oder an die Verlagshandlung von *Johann Ambrosius Barth*, Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. W. Stoeckel in Kiel.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Digitized by Google

Zentralblatt für Gynäkologie

begründet von HEINRICH FRITSCH

herausgegeben von

WALTER STOECKEL in Kiel.

37. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 31. Sonnabend, den 2. August 1913.

Inhalt.

Originalien: I. C. H. Stratz, Heilung von Karzinom durch Probeauskratzung. — II. O. Bondy, Versuche über die bakterizide Wirkung des Mesothorium. — III. R. Roosen, Eine Vorrichtung zur aseptischen Einführung der Hand in den Uterus. — IV. H. Poth, Kasuistischer Beitrag zur Achsendrehung des myomatösen Uterus.

Neue Bücher: 1) Menge und Opitz, Frauenheilkunde. — 2) Goldstein, Rassenhygiene. — 3) Plate, Vererbungslehre.

Berichte: 4) Gynäkologische Gesellschaft zu Dresden.
Kreiss, Rippendefekt; Thorakopagus. — Kaiser, Uterusexstirpation. — Albert, Tuboovarialcyste. — Prüsmann, Kaiser, Ektopische Schwangerschaft. — Weisswange, Kotstein mit Oxyuren im Wurmfortsatz. — Kehrer, Ausfallserscheinungen. — Rübsamen und Weitzel, Perforation eines Flügelpessars; Karzinommetastase in der Blase. — Vogt, Ulcus duodeni beim Neugeborenen. — Rietschel, Künstliche Säuglingsernährung.

Zeitschriften: 5) Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XXIII. Hft. 2.
Rohrbach, Eklampsie. — Bondy, Scheidenkeime und endogene Infektion. — Bondy, Extraperitonealer Kaiserschnitt. — Basset, Frühzeitiger Blasensprung. — Kuester, Intrauterine Amputation des Oberschenkels. — Heimann, Innersekretorische Funktion der Ovarien. — Hannes, Gonorrhöe. — Fuchs, Pituglandol. — Schubert, Postoperativer Ileus. — Strempel, Eklampsie. — Strempel, Extraktion mit Steißhaken. — Rothe, Vaginismus. — Heyn, Steißtumor. — Ponfick, Künstliche Frühgeburt. — Heinsius, Ureterstein. — Heinsius, Cystenniere und Graviditat. — Schmidt, Eklampsie. — Schmidt, Peritoneal- und Genitaltuberkulose. — Stutz, Tuberkulose und Graviditat. — Christiani, Hystereuryse bei Myom unter der Geburt. — Opitz, Dickdarmentzündung und funktionelle Neurosen. — Opitz, Leberveränderungen in der Schwangerschaft. — Keilmann, Geburtshilfe und Säuglingsfürsorge.

Operative Technik und Allgemeinoperatives: 6) Horsley, Naht der Blutgefäße. — 7) Speranskaja-Bachmetjewa, Momburg. — 8) Fonio, Blutstillung durch Coagulin. — 9) David und Curtis, Bluttransfusion. — 10) Halsted, Naht- und Unterbindungsmaterial. — 11) Mallet, Ligaturklemme. — 12) Hadden, 13) Miller-Kahn, Eingeweidedepressor. — 14) Bandler, Vaginale Chirurgie. — 15) Deaver, Hysterektomie. — 16) Frank, Curettage. — 17) Herbert, Verbesserte Spekula. — 18) Child, Perineorrhaphie. — 19) Pilcher, Postoperative Magen-Darmlähmung. — 20) Duncan, Postoperative Magendilatation. — 21) Poole, Übungen nach Operationen. — 22) Freeman, Ratschläge für Pat.

Mamma: 23) Davis, 24) Fussell, 25) Hirst, 26) Beer, Das Stillen. — 27) Cervenka, Krupöse Pneumonie. — 28) Cristea und Aschner, Milchsekretion. — 29) Letulle, Tumoren der Mamma. — 30) Bukoemsky, Metritis und Mamminum-Poehl.

Vulva und Vagina: 31) Pauncz, Scheidenkrebs. — 32) Babesch und Buia, Pruritus vulvae. — 33) Slingenberg, 34) Velibril, Vulvovaginitis. — 35) Audry, Vaginismus. — 36) van Cauwenberge, Thrombus und Hämatom der Vulva und Vagina. — 37) Broccha, Künstliche Scheide. — 38) Katz, Ausfluß der Frau. — 39) Scharfe, Scheidentrockner.

I.

Heilung von Karzinom durch Probeauskratzung.

Von

C. H. Stratz in Haag.

In der Deutschen med. Wochenschrift Nr. 22 von diesem Jahre teilt Hess einen Fall von Carcinoma uteri mit, bei dem nach Exkochleation eine Heilung

Digitized by Google

von mindestens 5 Jahren erfolgte. Er knüpft daran lebhafte theoretische Betrachtungen, die an derselben Stelle durch Bemerkungen von v. Hansemann zu vorstehendem Bericht auf ihr richtiges Maß zurückgeführt werden.

Ich kann mich den Ausführungen von v. Hansemann nur voll und ganz anschließen. Es ist ein außerordentlich seltener, glücklicher Zufall, wenn bei einer Exkochleation alles kranke Gewebe entfernt wird. Daß dies tatsächlich auch in dem Hess'schen Falle so war, kann nur die Zukunft lehren, denn eine rezidivfreie Zeit von 5 Jahren gewährleistet wohl die große Wahrscheinlichkeit, aber nicht die wissenschaftliche Sicherheit der radikalen Heilung.

Ich war im Jahre 1886 in der Lage, bei einer von Carl Schröder currettierten Dame die mikroskopische Diagnose auf Karzinom stellen zu können (vermutlich ist dies der auch von v. Hansemann erwähnte Fall, der Ruge bekannt war).

Die Probeauskratzung war in diesem Falle von Schröder wiederholt in Abständen von 2 Jahren auf Wunsch der Pat. vorgenommen worden, weil deren Mutter an Karzinom gestorben war.

Es war das dritte oder viertemal, als mir die mikroskopische Diagnose aufgetragen wurde; die Diagnose Karzinom wurde von Ruge, welcher bei früheren Untersuchungen stets gutartige Wucherungen gefunden hatte, bestätigt.

Selbstverständlich schloß Schröder auf Grund dieses Befundes sofort die vaginale Totalexstirpation an; und in diesem Falle war an dem entfernten Uterus trotz genauester Untersuchung keine Spur von Karzinom mehr zu finden.

Wenn die Pat. von Hess sich entschließen würde, noch nachträglich ihren Uterus exstirpieren zu lassen, so würde damit vielleicht ein weiterer Fall geschaffen, in dem die zufällige Heilung von Karzinom durch Exkochleation wissenschaftlich erwiesen ist — oder aber die Pat. würde vor einem Spätrezidiv bewahrt, das auch Hess trotz 5jähriger Wartezeit nicht als unmöglich ausschließen kann.

Jedenfalls dürfen solche extrem seltenen Unika nicht den geringsten Einfluß auf unser therapeutisches Handeln ausüben. Es sind wissenschaftliche Kuriosa, aber nichts mehr.

II.

Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Breslau.
Geheimrat Prof. Dr. O. Küstner.

Versuche über die bakterizide Wirkung des Mesothorium[1].

Von
Dr. Oskar Bondy.

Das Vorhandensein von virulenten Keimen im Primärherd beim Uteruskarzinom konnte zunächst schon auf Grund der klinischen Beobachtungen nicht verborgen bleiben. Die ungewöhnlich hohe Mortalität an Peritonitis bei der Karzinomoperation mag ja zweifellos zum Teil auf die schon vor der Operation geschwächte Widerstandsfähigkeit des Organismus, wie auf die Schwere des Eingriffes selbst zurückzuführen sein; aber solche Momente liegen auch bei anderen gynäkologischen Operationen (intraligamentär entwickelte Myome, große, vielfach verbackene Adnextumoren) in ähnlicher Weise vor, ohne daß die Gefal-

[1] Vorgetragen in der Sitzung der Breslauer gynäkologischen Gesellschaft vom 24. Juni 1913.

Digitized by Google

einer Infektion des Bauchfells nur annähernd so häufig ist. Es muß also das Vorhandensein einer mit der keimreichen Vagina in unmittelbarer Verbindung stehenden, mit Blut und nekrotischem Gewebe bedeckten Tumormasse sein, die für die verschiedenartigsten Keime einen vorzüglichen Nährboden bietet. Während diese Keime an Ort und Stelle nur eine mehr oder minder starke, eitrige oder jauchige Sekretion hervorrufen, mitunter allerdings auch in die Tiefe dringen und an der Bildung von parametranen Entzündungen beteiligt sind, wohl meistens auch die Ursache der bei stark jauchenden Karzinomen vorkommenden Temperatursteigerungen darstellen, führen sie, bei der Operation in nennenswerter Menge ins Peritoneum gebracht, zur Peritonitis. Diese Tatsachen wurden weiterhin durch eine Reihe bakteriologischer Untersuchungen bestätigt, die das Vorkommen großer Mengen pathogener Keime im Primärtumor, weiter auch gelegentlich im Parametrium oder den Drüsen nachwiesen (Liepmann, Barth, Hannes, Fromme u. a.). Man kann das Eindringen von Streptokokken in das Gewebe, und zwar keineswegs nur in den untersten Abschnitten der Cervix, sondern auch hoch oben im Korpus, soweit Karzinomgewebe hinaufreicht, nachweisen.

Auf diesen Tatsachen beruhen die mannigfachen Bemühungen, die Infektionsgefahr, soweit sie vom Primärtumor ausgeht, möglichst zu bekämpfen. Hierher gehören die verschiedenen Karzinomklemmen (Wertheim, Sigwart u. a.), die ein Einschleppen von Keimen ins Peritoneum beim Absetzen des Uterus verhindern sollen. Mannigfache Versuche, eine geeignete derartige Klemme zu konstruieren, deren Prinzip vor allem darin besteht, die nach der Scheide hin gelegte Klemme möglichst bis zum letzten Akte der Operation liegen zu lassen, ohne die Wundversorgung zu stören, und die sich am meisten mit den von Amann mitgeteilten Versuchen berühren, haben mich noch zu keinem voll befriedigenden Resultat geführt.

Eine andere Methode der Keimbekämpfung liegt in der Vorbereitung des Primärtumors vor der Operation. Hier verwenden wir neuerdings neben Abtragung der oberflächlichen Tumorteile und sorgfältiger Verschorfung mit dem Paquelin mit gutem Erfog den von Hoffmann und F. König für Desinfektion von Haut und Schleimhäuten empfohlenen 5%igen Thymolspiritus, mit dem die Scheide vor Beginn der Operation und ein zweites Mal unmittelbar vor Absetzen des Uterus gründlich ausgewischt wird. In ähnlicher Weise werden für diesen Zweck verschiedene Desinfizientien, wie Formalin, Sublimat, Argentum nitricum verwandt.

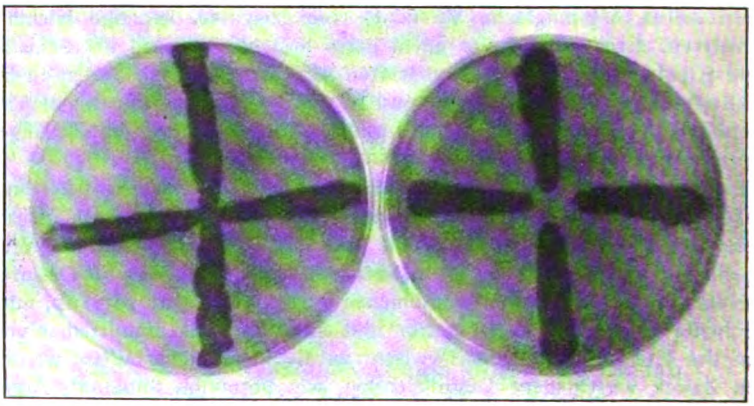
Der günstige Einfluß, der nach den Mitteilungen von Krönig und Gauss, Döderlein, Bumm mit Mesothorium bei starker Jauchung bei Uteruskarzinom erzielt wird, und den wir an unserer Klinik in den durch Heimann mit Mesothorium behandelten Fällen bestätigt fanden, ließen mich der Frage nachgehen, ob hierbei nur die Gewebsumstimmung etwa im Sinne der Entfernung des günstigen Nährbodens oder auch eine unmittelbar bakterienfeindliche Wirkung des Präparates eine Rolle spiele. Diese Frage schien um so bearbeitenswerter, als eine derartige Wirkung bei der bequemen Applikationsweise auch für andere, bakterielle Erkrankungen des weiblichen Genitales nutzbar zu machen wäre.

Über die Wirkung radioaktiver Substanzen auf Bakterien liegen eine Reihe von Untersuchungen vor, über die in übersichtlicher Weise von R. Pfeiffer und C. Prausnitz im Handbuch der Radiumbiologie berichtet wird. Während es bei den Röntgenstrahlen kaum gelungen ist, eine schädigende Wirkung auf Bakterien einwandfrei nachzuweisen, haben verschiedene Versuche mit Radium positive Ergebnisse gegeben. Die ältesten derartigen Untersuchungen rühren

Digitized by Google

von Pacinotti und Porcelli (1899) her, mit exakten Methoden haben Aschkinass und Caspari und Pfeiffer und Friedberger die Frage geprüft. Die ersteren zeigten bei Prodigiosus, die letzteren bei verschiedenen pathogenen Bakterien, daß bei entsprechender Einwirkung der Radiumstrahlen (möglichst geringe Entfernung des Präparates von der besäten Platte) eine hemmende, wohl auch tötende Wirkung in kürzerer oder längerer Zeit zweifellos sei. Weitere Versuche, die ähnliche Resultate gaben, haben Danysz, W. Hoffmann, Scholtz, Dixon und Wigham, Strassmann und Werner angestellt, während Wickham eine Einwirkung auf Gonokokken und Staphylokokken nicht feststellen konnte. Versuche über die Wirkung des Mesothoriums scheinen bisher nicht vorzuliegen.

Für meine Versuche standen mir zwei Präparate zur Verfügung. Das eine enthält 30 mg Mesothorium in einem 12 mm langen, 2 mm im Durchmesser messenden Röhrchen, das aus 0,2 mm dickem Silber besteht; das andere besteht aus einer in einer flachen Metallkapsel befestigten, unter einem dünnen Glimmerplättchen von 1 cm Durchmesser befindlichen Menge von 15 mg Mesothorium[2]. Die Versuche wurden mit Prodigiosus und Staphylokokkus pyogenes aureus vorgenommen, einzelne auch mit Streptokokken in Bouillonkultur und Tetanusbazillen in hoher Schicht.



a b

Zunächst legte ich das Mesothoriumröhrchen auf die Innenfläche des Deckels einer umgestülpten Agarplatte, auf der in Kreuzform Prodigiosus aufgestrichen war, in die Mitte und ließ das Präparat, das sich in einer Entfernung von 1,3 cm von der bestrichenen Platte befand, verschieden lang einwirken, um danach die Platte bebrüten zu lassen. Es zeigte sich, daß selbst nach 24 Stunden eine wachstumshemmende Wirkung nicht vorlag. Brachte ich dagegen das Röhrchen durch Auflegen auf eine Unterlage von 1 cm Höhe der Agarfläche so nahe, daß der Abstand nur 3 mm betrug, so zeigte sich bei dem mit Prodigiosus angestellten Versuch nach einstündiger Bestrahlung keine Wirkung (Abbildung a), nach 6stündiger wuchsen in der Mitte des Kreuzes nur einzelne Kolonien, nach 16 Stunden

[2] Das zweite Präparat wurde mir für die Versuche durch Herrn Dr. Kuznitzky von der dermatologischen Universitätsklinik (Geheimrat Neisser) in freundlicher Weise zur Verfügung gestellt.

Digitized by Google

war entsprechend der Strahlenwirkung eine Partie von 1 cm Länge und 0,7 cm Breite in der Mitte des Kreuzes vollkommen ausgespart geblieben (Abbildung b).

Bei der Verwendung der Kapsel war, trotz der geringeren Menge von Mesothorium von vornherein eine stärkere Wirkung anzunehmen. Durch die Art seiner Befestigung in einem Metallring betrug der Abstand des Präparates von der Agarplatte 7,5 mm. Aber die flächenhafte Ausbreitung des Mesothoriums unter dem flachen Glimmerplättchen, und die weit geringere Filtrierung durch dasselbe, entgegen dem 0,2 mm dicken Silber, mußte eine stärkere Wirkung erzeugen. In der Tat fand sich hier nach 1 Stunde ein ganz geringes Zurückbleiben im Wachstum, nach 3 Stunden wuchsen in der Mitte nur noch ganz wenig Kolonien, nach 8 Stunden war schon im Umkreis von etwa 20 mm Durchmesser kein Wachstum mehr zu beobachten.

Die Wirkung auf Staphylokokkus pyog. aureus war eine ganz ähnliche, nur etwas schwächere. Dagegen ließ sich bei Einhängen des Mesothoriumröhrchens bis knapp an die Oberfläche einer Streptokokkenbouillon und einer im tiefen Stich gewachsenen Tetanuskultur keinerlei Einwirkung feststellen, hier hinderte die Dichtigkeit des zwischengeschalteten Mediums jede Wirkung. Auf Farbstoffbildung bei Prodigiosus und Staphylokokkus wie auch Hämolysinbildung bei dem letzteren ließ sich eine Einwirkung nicht feststellen.

Ebenso übte das in einer 3 mm dicken Bleikapsel eingeschlossene Röhrchen, trotzdem es in die nächste Nähe der Agarplatte gebracht wurde und 24 Stunden liegen blieb, nicht die geringste Wirkung aus. Dieser Befund ist theoretisch wie praktisch von einiger Bedeutung. Wir wissen ja, daß wir bei allen radioaktiven Substanzen Strahlen verschiedener Qualität (weichere und härtere, α-, β-, γ-Strahlen) zu unterscheiden haben, von denen die stärksten bakteriziden Wirkungen von den weichen Strahlen, den α- und einem Teil der β-Strahlen ausgelöst werden. Nun liegt schon bei der Glimmerkapsel, weit mehr noch bei dem Silberröhrchen eine sehr bedeutende Abfilterung der α- und weicheren β-Strahlen vor. Trotzdem sehen wir bei beiden eine deutliche bakterienfeindliche Wirkung, die allerdings nur bei Durchwandern durch einen sehr geringen, von Luft ausgefüllten Zwischenraum zur Geltung kommt. Es müssen also unter den hier wirksamen β-Strahlen noch solche mit bakterienfeindlichen Kräften vorhanden sein. Dagegen ist durch das Ausbleiben jeder Wirkung bei Verwendung eines Bleifilters, das nur die harten γ-Strahlen hindurchläßt, gezeigt, daß diesen ein Einfluß auf Bakterienwachstum nicht zukommt. Die Wirkung einer Emanation ist wohl bei unserer Versuchsanordnung auszuschließen. Ebenso kann man nicht die Bildung von Sekundärstrahlen beschuldigen, da solche ja bis zu einem gewissen Grade auch bei der Bleifilterung auftreten müßten.

Weitere Versuche, die die Wirkung verschiedener Strahlenarten auf verschiedene Mikroorganismen und ihre Produkte studieren sollen, behalten wir uns vor. Für die praktische Seite der Frage ergibt sich wohl das Resultat, daß einerseits bei der geringen Tiefenwirkung der bakterienfeindlichen Strahlen eine nennenswerte Bedeutung derselben beim Uteruskarzinom wie bei anderen mit Bakterienwucherung einhergehenden Erkrankungen kaum zu erwarten ist, daß aber dazu noch die Notwendigkeit einer beträchtlichen Filterung bei länger dauernder Einwirkung wohl eine derartige Wirkung völlig ausschließt. Nur bei unmittelbarer Applikation von möglichst flächenhaft wirkenden, wenig gefilterten Strahlen wird man eine bakterizide Wirkung erwarten können, und da liegt wohl, wie auch Erfahrungen französischer Autoren beweisen, die Gefahr der Gewebsschädigung in hohem Maße vor.

Digitized by Google

Wir werden also nach diesen Versuchen die günstige Wirkung des Mesothorium auf die Jauchung beim Karzinom auf die Gewebsumstimmung zurückführen müssen und der zweifellos auch bei dieser radioaktiven Substanz vorhandenen bakteriziden Kraft eine Bedeutung hier nicht beilegen können.

III.

Aus der Frauenklinik der Universität Heidelberg.
Direktor: Geheimrat Prof. Dr. C. Menge.

Eine Vorrichtung zur aseptischen Einführung der Hand in den Uterus.

Von

Rud. Roosen.

Da eine absolute Keimfreiheit der äußeren Genitalien und Vagina nicht zu erreichen ist, kann die Hand nur dann keimfrei in den Uterus gelangen, wenn ihre Berührung mit diesen Teilen vermieden wird. Dies ist bei Anwendung der folgenden Vorrichtung möglich.

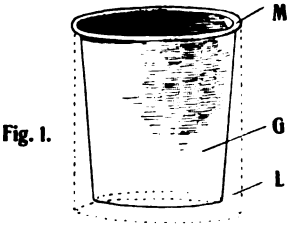


Fig. 1.

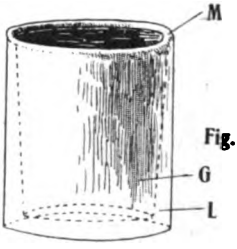


Fig. 2.

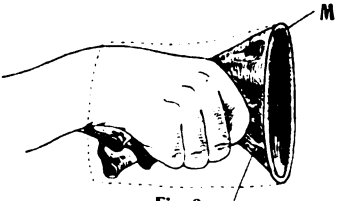


Fig. 3.

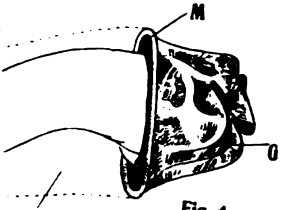


Fig. 4.

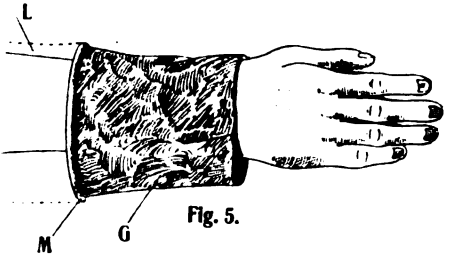


Fig. 5.

An einem Metallring (M) von ca. 10 cm Durchmesser ist eine Gummihülle (G) und darüber eine Leinenhülle (L) befestigt (Fig. 1 u. 2). Zur Einführung der Hand

Digitized by Google

in den Uterus umgreift diese die Gummihülle von außen unterhalb des Ringes und innerhalb der Leinenhülle (Fig. 3). Durch die die Hand bedeckende Leinenhülle ist jede Berührungsmöglichkeit zwischen ihr und dem äußeren Genitale ausgeschlossen. Wird nun die Hand in die Vagina eingeführt und langsam vorgeschoben, so fixiert sich der Ring vor der Vulva, die Gummihülle stülpt sich durch den Druck der Hand allmählich um und verhindert, da sie sich zwischen Hand und Scheidenwand legt, jede Berührung dieser Teile (Fig. 4). Bei entsprechender Länge der Hülle wird die Hand erst innerhalb des Uterus frei (Fig. 5). Die Gummihülle selbst kann nicht die Quelle einer Infektion werden, weil sie, wie auch die Hand durch die sterilisierte Leinenhülle, die nicht eingeführt wird, vor der Berührung mit dem äußeren Genitale geschützt war und nur der Teil von ihr in den Uterus gelangt, der die Scheidenwand vorher nicht berührt hat.

Das Instrument ist in erster Linie für die manuelle Placentarlösung, sodann für die übrigen intrauterinen Eingriffe wie Wendung usw. zu empfehlen. Die Anfertigung des Instrumentes hat die Firma Friedr. Dröll, Heidelberg, übernommen.

IV.

Aus der II. chir. Abteil. des städt. Krankenhauses zu Moabit-Berlin.
Dirigierender Arzt Dr. Mühsam.

Kasuistischer Beitrag zur Achsendrehung des myomatösen Uterus[1].

Von
Dr. med. Heinrich Poth,
I. Assistenzarzt.

Die Drehung des myomatösen Uterus um seine vertikale Achse ist ein sehr seltenes Ereignis. Die Symptome dieser Erkrankung sind ähnliche wie bei der Stieldrehung von Eierstocksgeschwülsten. Der Vorgang ist ein derartiger, daß sich plötzlich oder allmählich — meist ist das erstere der Fall — der myomatöse Uterus so um seine Längsachse dreht, daß der venöse Rückfluß aus dem gedrehten Körper mehr oder weniger verhindert wird. Die Symptome sind sehr verschiedene und weniger von dem Grade der Drehung, als von der Zeitdauer abhängig, in der sie erfolgt war. Plötzliche Auftreibung des Bauches, insbesondere lebhafte Schmerzhaftigkeit des ganzen Leibes, Übelkeit und Erbrechen, kurz alle Zeichen, ähnlich wie bei Peritonitis treten auf, sie können kurz vorübergehend sein, um nach mehr oder weniger Zeit von neuem zu beginnen, oder es kann sich gleich bei ihrem ersten Auftreten das bedrohliche Bild der Peritonitis anschließen. Die Erscheinungen können so erheblich zunehmen, daß man wirklich von einer Lebensbedrohung sprechen kann. Der dauernde Schmerz wird hervorgerufen durch die Blutung in die Geschwulst, die Spannung der Uteruswand bzw. des Peritonealüberzuges und die Reizung des Peritoneums, die einen oft hämorrhagischen Erguß in die Bauchhöhle bewirken kann. Durch eine hochgradige Drehung kann es zu einer außerordentlichen Verdünnung der Cervix kommen, was von symptomatischer Bedeutung ist. Blasenerscheinungen werden auffallenderweise selten beobachtet,

[1] Nach einer Demonstration in der Sitzung der Berliner gynäkologischen Gesellschaft am 20. Mai 1913.

Digitized by Google

wahrscheinlich werden durch die Drehung die Verbindungen zwischen Blase und Cervix gelockert. Die Pat. werden meist durch die peritonitischen Erscheinungen zum Arzt geführt. Die Diagnose ist nicht leicht. B. S. Schultze (Jena) sagt: »Wenn ein vom Becken ausgehender Tumor, der offenbar lange bestanden hat, ohne erhebliche Beschwerden zu machen, seit kurzem ernste Symptome hervorruft, entsteht der berechtigte Verdacht, daß eine Stieldrehung vorhanden ist.« Doch meist wird dabei an die Stieldrehung eines Ovarialtumors gedacht. Die anatomischen Veränderungen sind zuerst venöse Stauung und Ödeme, bei langsamer Drehung Atrophie und Degeneration (cystische, myxomatöse) und Verkalkung. Die Adnexe und ein Teil der Ligamenta lata können mitgedreht sein und sind je nach dem Drehungsgrade mehr oder weniger hämorrhagisch infarziert.

Die Ursachen, die zur Drehung des myomatösen Uterus führen, können verschiedene sein. Schultze (Jena) hat einen Fall beschrieben, bei dem ohne Zweifel die Torsion durch das Wachstum des Tumors zustande kam. Meist sind es jedoch Ursachen, die von außen einwirken; so können Füllung und Leerung der Blase und die stets im gleichen Sinne wirkende Bewegung des Kotes im Rektum Veranlassung zu diesem Zustand geben, ferner wird oft eine Drehung durch die Schwerkraft bei Raumüberschuß bewirkt, der geschaffen ist entweder durch Geburten oder durch senile Atrophie; ebenso kann aber auch Raummangel die Drehung fördern; es kann nämlich der größere Druck des einen Organs den Körper nach dem geringeren eines anderen hindrehen. Schließlich und nicht zum wenigsten kommen Körperbewegungen, besonders auch solche, bei denen die Bauchmuskulatur in Tätigkeit tritt, ätiologisch in Betracht.

Der Fall, den ich zu operieren Gelegenheit hatte, dürfte nicht ganz ohne Interesse sein und einen weiteren Beitrag zur Symptomatologie dieser Erkrankung bieten. Es handelt sich um eine 56jährige Virgo, die am 1. IV. 1913 auf der II. chirurgischen Abteilung des Krankenhauses Moabit von mir operiert wurde. Pat. kam mit der Angabe, vor 21 Jahren habe sie zum ersten Male bemerkt, daß ihr Leib stärker wurde, 3 Jahre später hatte sie einen Arzt konsultiert, der ihr eine Operation wegen eines Gewächses im Unterleibe angeraten hatte. Seit 5 Jahren ist Menopause eingetreten. In den letzten 4 Wochen vor ihrer jetzigen Erkrankung bemerkte die Pat., daß der Leib stärker wurde, auch hatte sie Schmerzen und nur wenig Stuhlgang. Vor 2 Tagen will sie plötzlich nachts mit heftigen Leibschmerzen und Erbrechen erkrankt sein. Ein zugezogener Arzt hatte ihr Morphium und Baldriantee verordnet, worauf sie etwas Linderung verspürte.

Die Schmerzen nahmen jedoch am folgenden Tage wieder zu, auch wurde kein Stuhlgang erzielt, und es gingen nur wenig Blähungen ab.

Bei der Untersuchung fand ich den Leib etwas aufgetrieben und schmerzhaft, besonders in der Unterbauchgegend in der rechten Seite. Rechts ist ein vom kleinen Becken ausgehender, bis zum Rippenbogen reichender Tumor fühlbar. Die gynäkologische Untersuchung ergab folgendes: Portio stand nach hinten, die Cervix lang ausgezogen, der Fundus uteri nicht abtastbar, sondern überlagert von dem bei abdominaler Untersuchung gefühlten Tumor. Es wird angenommen, daß es sich um einen stielgedrehten, rechtseitigen Ovarialtumor handelt. Die sofort vorgenommene Operation, Medianschnitt unterhalb des Nabels, etwas über den Nabel nach rechts verlängert, ergibt folgendes Bild: Bei Eröffnung des Peritoneums fließt etwas hämorrhagisches Exsudat ab. Man kommt auf einen mannskopfgroßen Tumor, der dem Uterus mit kurzem Stiel an der Vorderfläche des Fundus aufsitzt. Der Fundus uteri ist sehr weich und hämorrhagisch infarziert, ebenso beide Adnexe. Nach Vorwälzung des Tumors klemmte ich den Stiel ab und durch-

Digitized by Google

schnitt ihn. Nun war es erst möglich, sich genauer über Uterus und Adnexe zu orientieren. Der Uterus war um seine Längsachse in der lang ausgezogenen Cervix um 360° von rechts nach links nebst den Adnexen und den Ligg. lata gedreht. Nach Zurückdrehung des Uterus wird er an der Torsionsstelle mit den Adnexen amputiert. Die Bauchhöhle wird durch 3reihige Etagennähte geschlossen. Bei normalem Heilungsverlauf konnte die Pat. am 5. Tage aufstehen und am 20. Tag das Krankenhaus verlassen.

Die Diagnose wurde auf stielgedrehten Ovarialtumor gestellt, weil bei der Seltenheit des stielgedrehten myomatösen Uterus und der Größe und Lage des Tumors an diesen nicht gedacht wurde. Auch habe ich mich aus der Literatur überzeugt, daß nur in seltenen Fällen schon vor der Operation ein stielgedrehter myomatöser Uterus diagnostiziert wurde. Aus der Anamnese läßt sich schließen, daß in diesem Falle die Drehung in den letzten 4 Wochen begonnen hat, daß jedoch die vollkommene Torsion um 360° akut mit dem Einsetzen der peritonitischen Erscheinungen eingetreten ist. Ätiologisch kommt für den Beginn der Drehung in diesem Falle vielleicht der Beruf der Pat. in Betracht. Sie ist Maschinennäherin. Die plötzliche Drehung kann durch lebhafte Darmperistaltik und Lagewechsel im Schlaf verursacht sein. Mit dem Uterus mußten die Adnexe entfernt werden, weil sie ebenfalls gedreht und hämorrhagisch infarziert waren.

Blasenerscheinungen waren nicht vorhanden. Auch war die Blase nicht ausgezogen, da die Drehung im oberen Teil der Cervix erfolgt war.

Von dem Präparat ist noch folgendes zu erwähnen. Es ist 3750 g schwer; dem Fundus uteri sitzt an der Vorderfläche außer dem schon beschriebenen, großen Myom ein etwa walnußgroßes, subseröses auf und in der Hinterwand ein taubeneigroßes, interstitielles Myom. Der Uterus und die Adnexe sind stärker hämorrhagisch infarziert, als das große, subseröse Myom.

Soweit mir die Literatur zugängig war, fand ich, daß B. S. Schultze (Jena) zum erstenmal eine genaue Zusammenstellung der Fälle von Achsendrehung des myomatösen Uterus gegeben hat. Er selbst hat unter 1000 Laparotomien diesen Zustand 4mal beobachtet und in der ganzen Literatur nur 53 Fälle gefunden.

Seit Erscheinen dieser Arbeit fand ich noch 29 Fälle von Achsendrehung des myomatösen Uterus, von denen bei einigen nur eine Drehung eines gestielten Myoms ohne Beteiligung des Uterus beobachtet wurde. Es waren dies Fälle, bei denen das subseröse Myom mit einem längeren Stiel dem Fundus uteri aufsaß, wodurch ja auch erklärt werden kann, daß der Uterus bei Drehung nicht mitbeteiligt war.

Einen besonders interessanten Fall dieser Art beschreibt Steinbüchel (Graz), bei dem durch die Drehung des subserösen Myoms ein Gefäß des Stieles platzte und zu einer schweren inneren Blutung geführt hat. Wie hochgradig die Drehung des myomatösen Uterus sein kann, zeigt der Fall, den John Kynoch in der Edinburger Gynäkologengesellschaft im vorigen Jahre demonstrierte; es war ein $7^1/_2$ kg schwerer, myomatöser Uterus $2^1/_2$mal gedreht.

Literatur:

1) B. S. Schultze (Jena), Die Achsendrehung (Cervixtorsion) des myomatösen Uterus. Sammlung klinischer Vorträge.

2) Britze, Achsendrehung des Uterus bei Myom. Dissertation, Jena, 1905.

3) Weinberg, Achsendrehung gestielter Myome und myomatöser Uterus. Dissertation Leipzig, 1904.

4) Zentralblätter für Gynäkologie 1906—1912.

Digitized by Google

Neue Bücher.

1) **C. Menge und E. Opitz. Handbuch der Frauenheilkunde für Ärzte und Studierende.** Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1913.

Die Verff. haben die Absicht gehabt, ein Buch für den praktischen Arzt zu schreiben, dessen Bedürfnissen weder die zu kurzen Studentenlehrbücher, noch die zu ausführlichen Handbücher voll gerecht werden. Diese Absicht haben sie in eigen- und neuartiger Weise mit einer Reihe von anerkannt tüchtigen Mitarbeitern erfolgreich durchgeführt. Das Prinzip der Arbeitsteilung bei Abfassung von Lehr- und Handbüchern wird mehr und mehr akzeptiert. Es hat sich vom buchhändlerischen Standpunkt aus als richtig erwiesen und bringt außerdem klar zum Ausdruck, daß heutzutage kaum jemand noch Zeit und Ruhe findet, ein derartig großes Werk allein zu schreiben. Die Gefahr der Bücher »mit verteilten Rollen« liegt in der Möglichkeit, daß der organische Zusammenhang der einzelnen Kapitel verloren geht, und daß gelegentlich direkt gegensätzliche Ansichten zum Ausdruck kommen. Diese beiden Klippen sind hier durchaus vermieden worden.

Das Neuartige des Buches sehe ich vor allem darin, daß der allgemeinen Gynäkologie ein sehr breiter Raum gelassen ist. Der Wunsch, den Zusammenhang der Gynäkologie mit der Allgemeinmedizin gerade den Studierenden und Ärzten immer wieder ad oculos zu demonstrieren, ist absolut berechtigt und wurde immer laut verkündet. Man merkte aber bei den bisherigen Lehrbüchern selten, daß sie das Allgemein-Medizinische der Frauenheilkunde wirklich betonten, geschweige denn in den Vordergrund rückten.

Besonders interessant und aktuell ist das einzige Kapitel, das aus Menge's Feder stammt: »Über die Hygiene und Diätetik des Weibes«. Darüber stand in populären Schriften schon seit langem ziemlich viel, in gynäkologischen Lehrbüchern dagegen nichts. M. hat sein Thema in der ihm eigenen Weise sehr gründlich und sehr entschlossen angepackt. Seit Runge seine Rektoratsrede hielt, hat kein Gynäkologe mehr öffentlich zur Frauenfrage Stellung genommen. Daß aber der Gynäkologe am ehesten berufen ist, die Frauenbewegung kritisch zu betrachten, zeigt die sehr glückliche Art, mit der M. ruhig und unerschrocken, gerecht und objektiv der ganzen Sache auf den Grund geht. Es werden gewiß viele Gynäkologen erstaunt sein, zu sehen, wieviel Wichtiges sich über die Erziehung junger Mädchen vom rein gynäkologischen Standpunkt sagen läßt und wie wissenschaftlich sich solche Sachen lesen, wenn sie mit dem nötigen Ernst und mit genügender stilistischer Geschicklichkeit behandelt werden.

Weiterhin hebe ich die von Tandler bearbeitete Anatomie und Entwicklungsgeschichte heraus. Daß Fachanatomen a priori immer die besten Bearbeiter für die Anatomie unseres Faches sind, möchte ich bezweifeln. Daß aber Tandler als besonders kompetent, fast als »gynäkologischer Anatom« anzusehen ist, das haben ja seine früheren Arbeiten, insbesondere auch die in Gemeinschaft mit Halban herausgegebenen Bildwerke über den Ureter und den Prolaps überzeugend bewiesen. Und deshalb betrachte ich seine Mitarbeit als großen Gewinn, wozu noch die Freude kommt, einen Deutsch-Österreicher wieder einmal im Verein mit Reichsdeutschen zu sehen. Die Darstellung Tandler's ist ganz ausgezeichnet. Es hätte sich vielleicht empfohlen, wenn mit der Anatomie die Physiologie der Genitalien vereinigt worden wäre. Letztere bildet jetzt ein sehr kurzes, allerdings durch H. Schroeder (Dortmund) gut erledigtes Kapitel.

Ebenso hätte ich es für zweckmäßiger gehalten, wenn die Beziehungen des Genitalapparates zur Erkrankung anderer Organe und vice versa (Walthard)

Digitized by Google

und zu den Nachbarorganen und vice versa (Opitz) in ein Kapitel zusammengefaßt wären. Beide Autoren haben im übrigen Treffliches geleistet. Opitz hat außerdem noch die allgemeine Therapie, wobei in sehr richtiger Weise die physikalischen Heilmethoden so gewürdigt sind, wie sie es verdienen — weiterhin die Anti- und Asepsis, die septischen Erkrankungen, die Erkrankungen des Uterus und die Erkrankungen des Darmes übernommen, hat also eine große Arbeitslast zu bewältigen gehabt. Baisch hat die allgemeine Symptomatologie und die Sterilität — Pankow die Mißbildungen sehr instruktiv bearbeitet.

Bestimmte Themata sind mit den Namen bestimmter Autoren so eng verknüpft, daß die Frage nach der besten wissenschaftlichen Behandlung schnell zu beantworten ist. Deshalb ist es erfreulich, die gynäkologischen Untersuchungsmethoden von Sellheim, die Lageveränderungen von Halban, das Beckenbindegewebe von Jung, Eierstock und Eileiter von v. Franqué geschrieben zu finden. Daß die Tuberkulose zusammenfassend erledigt ist (Füth), ist sehr zu begrüßen. Von demselben Autor stammen das sehr gut illustrierte Kapitel über Ulcus molle und Lues und das Kapitel über tierische Parasiten. Sehr willkommen wird auch das in dieser Form neue Kapitel über Verletzungen und Fremdkörper und deren Folgen von Knauer sein, in das allerdings die Urinfisteln nicht recht hineinpassen.

Eine sehr gediegene Arbeit hat wieder Jaschke geliefert (Erkrankungen der Vulva und Vagina), während die Darstellungsart Beuttner's bei den Erkrankungen der weiblichen Harnorgane mich sowohl inhaltlich wie formell nicht voll befriedigt hat.

In Summa muß das Werk als ein wohlgelungener Versuch bezeichnet werden, ein verbessertes, im besten Sinne modernes Lehrmittel zu schaffen, das naturgemäß bei den sicher zu erwartenden Neuauflagen noch mehr abgerundet werden kann und wird. Wenn ich mir einige Verbesserungsvorschläge erlauben darf, so möchte ich zunächst auf eine Äußerlichkeit, den Titel, hinweisen. Die beiden Herausgeber sprechen in ihrem Vorwort stets vom »Lehrbuch« — der Verleger hat aber als Titel »Handbuch« gewählt. Wir haben uns gewöhnt, mit »Lehrbuch« ein kurzgefaßtes, mit »Handbuch« ein die Materie erschöpfendes Buch zu bezeichnen. Somit wäre der Titel »Handbuch« hier deplaciert und durch »Lehrbuch« zu ersetzen.

Sodann das Verhalten der Autoren gegenüber der Literatur. Im Vorwort wird ein »ausführlicher Schriftennachweis« sehr mit Recht als »toter Ballast für den Lernenden« bezeichnet. Es ist durchaus richtig, in solchen Büchern nur kurze und wesentliche Literaturangaben zu bringen. Wenn aber jeder Literaturhinweis überhaupt fehlt, so erscheint das doch als allzu vereinfachtes Verfahren, und wenn z. B. in dem Kapitel über Erkrankungen der Harnorgane von Autoren besonders Luys und Beuttner genannt werden, so wirkt diese Auswahl fast komisch.

Endlich die Abbildungen: Die Reichhaltigkeit der Gesamtillustrierung (374 Bilder) ist sehr anzuerkennen. Die Qualität ist nicht ganz gleichmäßig, und manche farbigen Bilder, wie z. B. Fig. 289 (Collumkarzinom) und Fig. 262 (nekrotisches Myom) mögen künstlerisch gut und bezüglich der Farben vom Künstler »richtig gesehen« sein, sie sind mir aber zeichnerisch nicht klar genug. Das Haupterfordernis für eine Lehrbuchillustration ist, daß sie auf den ersten Blick absolut überzeugend wirkt und kommentarlos verstanden werden kann.

Ich hoffe, daß die von mir geübte Kritik von den beiden Herausgebern und ihren Mitarbeitern als Beweis für das lebhafte Interesse aufgefaßt wird, mit dem ich das Produkt ihres Fleißes und ihrer Lehrfreudigkeit studiert habe. Vor jeder

Digitized by Google

ehrlichen und gediegenen Arbeit habe ich hohen Respekt. Zeigt sie dazu noch, wie dieses Buch, das Bestreben, aus den ausgefahrenen Geleisen heraus in neue Wege einzulenken, so kann eine Besprechung nur mit dem Ausdruck aufrichtigen Dankes an die, die diese Leistung vollbracht haben, schließen.

Stoeckel (Kiel).

2) **Goldstein (Königsberg). Über Rassenhygiene.** 96 S. Berlin, J. Springer, 1913.

Ein lichtvoller Vortrag über das Problem der Aufbesserung der Menschheit, der neben der biologischen auch die ethische Seite der Frage berührt. Wie Verf. im Vorwort ausführt, sei es zwar nötig, daß die Rassenhygiene in allen biologischen Fragen von der Tierzucht lerne, weil bei den Tieren die Entwicklungsmöglichkeiten leichter zu durchschauen seien; sie werde aber die dort geltenden Gesetzmäßigkeiten nicht einfach übernehmen und darauf etwa Maßnahmen für die Menschenzüchtung aufbauen können. Sie werde sie vielmehr erst verwenden dürfen, wenn und insoweit die Ethik dazu ihre Zustimmung gegeben hätte. Damit ist der Grundton des Vortrages wiedergegeben. In interessanter Weise geht Verf. auf die sog. nervöse Entartung der heutigen Zeit ein. Er erklärt die »nervöse Reizsamkeit« des modernen Menschen als eine Teilerscheinung der Übergangszeit einer Kulturstufe in eine höhere, in der wir uns zurzeit befinden. Außer diesen allgemein interessierenden Dingen werden noch eine Reihe Fragen gestreift, die speziell auch den Gynäkologen interessieren werden, wie Abnahme der Geburtenzahl, Inzucht, sexuelle Abstinenz, Präventivmittel, Regelung der Geburtenzahl, Frauenemanzipation u. a. m. Linzenmeier (Berlin).

3) **L. Plate (Jena). Vererbungslehre.** Preis geb. Mk. 19.—. Leipzig, Wilhelm Engelmann, 1913.

Das bedeutsame Buch des bekannten Gelehrten hat vor den anderen bekannten guten Lehrbüchern über die Vererbung den einen Vorzug, daß es in einem eigenen Kapitel die Erbregeln menschlicher Eigenschaften und Krankheitsanlagen behandelt. Man ist überrascht, zu hören, daß bereits bei ca. 60 erblichen Merkmalen des Menschen durch Zurückführen auf die Mendel'schen Regeln ihre Vererbungsweise verständlich geworden ist. Es geht schon daraus hervor, welche Bedeutung der Mendelismus für die menschliche Pathologie besitzt. Für die Fragen der Vorausbestimmung des Geschlechts, für die Begutachtung von Eheschließungen zwischen Verwandten usw. werden sich die Kenntnisse der Mendel'schen Regeln nicht mehr entbehren lassen. Auch der Gynäkologe wird sich mehr mit diesen Fragen beschäftigen müssen, deren Studium bisher den Zoologen und Botanikern allein überlassen war. Linzenmeier (Berlin).

Berichte aus gynäkologischen Gesellschaften.

4) Gynäkologische Gesellschaft zu Dresden.

355. Sitzung vom 20. Februar 1913.

Vorsitzender: Herr Goldberg; Schriftführer: Herr Richter.

Herr Kreiss: Demonstration a. linkseitiger Rippendefekt bei einem neugeborenen Kind.

Es handelt sich um einen der sehr seltenen Fälle von Thorakoschisis, der durch außergewöhnlich großen Rippendefekt ausgezeichnet ist. Auf der rechten Seite gehen von der skoliotisch veränderten Wirbelsäule nur 11 Rippen aus. Auf der linken fehlen 5 vollständig, die 6. ist auf dem Röntgenbild nur eben angedeutet;

Digitized by Google

die 1.—3. Rippe ist zwar vollständig ausgebildet, jedoch verkrümmt und klein, die 4. nur ein kurzes Stück knöchern angelegt. Die 5., auffallend kräftige Rippe ist in ihrer normalen Richtung verändert, bedeutend verkürzt und setzt nicht mehr am Sternum an. Die 11. Rippe von normaler Größe besitzt noch einen kleinen seitlichen Fortsatz. Die 12. Rippe fehlt. Durch diesen großen Defekt und die Verkürzung der vorhandenen Rippen ist es, wohl infolge Fehlens der Pars costalis der Wirbel, zu einer Skoliose der Brustwirbelsäule nach rechts gekommen, wie auch zu einer bedeutenden Einschränkung der linken Thoraxhälfte und Kompression der Lungen, die ihrerseits wieder durch Einengung des Lungenkreislaufs zu einer Hypertrophie und Verlagerung des Herzens führte.

b. Thoracopagus parasiticus mit supraumbilikaler Insertion.

Das dem 8.—9. Schwangerschaftsmonat entsprechende männliche Kind ist spontan geboren und hat $^1/_2$ Stunde gelebt. Über einem ungefähr apfelgroßen Nabelbruch, in dem man den linken Leberlappen und Därme fühlt, bis hinauf zur Clavicula setzt mehr linkseitig ein fast überall mit $^1/_2$ cm langen Haaren bedeckter Parasit an. Der linke Arm und beide Beine befinden sich in Flexionsstellung, hervorgerufen durch Schwimmhautbildung in den Ellbogen- und Kniegelenken. Der rechten oberen Extremität des Parasiten setzt sich an dem Humerus, wie auch auf dem Röntgenbild zu erkennen ist, eine vollständig verkrümmte und verkürzte Ulna an. Der Radius wie der Daumen fehlen. Die Hand ist ulnarwärts flektiert. Auf der rechten Seite des Autositen sind nur 11 Rippen angelegt.

Zum Schluß bespricht Vortr. die rechtliche Stellung der Mißbildung im Altertum und in der Neuzeit.

Herr Kaiser: Exstirpierter Uterus einer 60jährigen Frau, bei der innerhalb 2 Monaten ein Karzinom an der Portio entstanden war. Blumenkohl der hinteren Lippe, ca. halbhaselnußgroß.

Herr Albert demonstriert eine Tuboovarialcyste von etwa 6 kg Gewicht, welche von einer 42jährigen Nullipara stammt und keine großen Beschwerden verursacht hat. Das Präparat zeigt die wassergefüllte Tube sich füllhornartig um das straußeneigroße Ovarium herumlegend und mit diesem einen einzigen Wassersack bildend; es konnte trotz derber Verlötungen in toto exstirpiert werden.

Ungewöhnliche Fälle von ektopischer Schwangerschaft mit Demonstrationen.

Herr Prüsmann: P. bespricht die besonderen anatomischen Verhältnisse bei Graviditätas fimbriae ovaricae, bei Tuboovarialschwangerschaft und ferner bei interstitieller Tubenschwangerschaft, bei welcher er einen Fall im 7. Monat beobachtet hat, wobei der Fötus sich bereits mumifiziert hatte. Schließlich wird die Ovarialschwangerschaft und die primäre und sekundäre Bauchhöhlenschwangerschaft besprochen. Von letzterer Art wird ein selbstbeobachteter Fall genau beschrieben.

Daß die Entzündung von Nachbarorganen öfter die indirekte Ursache zu Eileiterschwangerschaft abgeben kann, dafür sprechen zwei jüngst beobachtete Fälle. In dem einen fand P. bei der Operation einer frischen, im 2. Monat geplatzten Tubargravidität eine alte Appendicitis mit festen Verwachsungen der Därme. In dem zweiten Falle fand sich neben der 2monatigen Tubargravidität ein über faustgroßer, mit fötidem Eiter erfüllter Abszeß, der vom Ovarium auszugehen schien und in feste Schwarten älteren Datums eingehüllt war. Heilung

Digitized by Google

in beiden Fällen. Bezüglich der Differentialdiagnose werden besonders die biologischen und morphologischen Blutuntersuchungen bewertet.

Herr Kaiser: Die Fälle von Extrauteringravidität häufen sich zu gewissen Zeiten (Januar und August). Fast stets kommen sie in Behandlung erst mit Störung. Charakteristisch in der Anamnese ist mit Blutung verbundene Kolik. Unter den 60, meist mit Querschnitt operierten Fällen 2 Todesfälle, die sich nicht wieder erholten, eine Hernie bei Längsschnitt, eine spontan heilende Blasenfistel (Drainverletzung). Ein Fall im Privathaus operiert, in den übrigen Fällen erschien die Überführung in die Klinik vorteilhafter. 1 Stunde nach Übernahme der Behandlung kann die Pat. transportiert und operiert sein. 3 Fälle von wiederholter Ektopie, 5mal erste Gravidität später von weiteren Geburten gefolgt. 2mal wurde die Diagnose mikroskopisch aus der abgegangenen Decidua gestellt. Vorausgegangene Gonorrhöe ist nur einmal beobachtet, viel öfter chronische Appendicitis. 3 weit vorgeschrittene Fälle: 7., 8., 10. Monat, der letzte mit lebendem Kinde, 44 cm lang, 1800 g schwer, nach 3 Wochen an Pneumonie gestorben. Bei der Operation wurden stets möglichst beide Ovarien und die andere Tube erhalten.

Diskussion. Herr Naumann demonstriert das linke schwangere Horn eines Uterus bicornis unicollis. Die Diagnose wurde erst unter der Operation gestellt, da die Untersuchung der Pat. (22jähriges Mädchen, Nullipara) besondere Schwierigkeiten bot. Mit Rücksicht darauf, daß wehenartige Schmerzen und protrahierte Blutungen vorhanden gewesen waren und den Tod der Frucht erwarten ließen, entschloß sich Referent zur Exstirpation des schwangeren Horns. — Naht des Uterus mit Catgut, Wundverlauf ungestört.

Herr Strobach: Von den 27 operierten Fällen kommen die meisten, trotz gleichbleibendem Material, auf die letzten Jahre, allein 8 auf 1912. Von den 8 Tubargraviditäten waren 6 sicher, 2 mutmaßlich diagnostiziert. Die Diagnose gründete sich auf atypische Blutungen (letzte Periode schwach, einige Tage nach der ausgebliebenen Abgang von blutig-wäßrigen, bröckligen Massen und Fortdauer der Blutung), kolikartige Schmerzen, anämisch-leidendes Aussehen und Konstatierung eines länglichen, weichen Tumors. Undiagnostiziert ist keine Tubargravidität geblieben, jedoch sind 2 Fälle (1mal Ovarialtumor, 1mal akute Appendicitis) fälschlich für eine solche gehalten worden. Bemerkenswert waren 3 Fälle (1 Fall von $2^1/_2$monatiger Gravidität, dicht vor dem Abort stehend, mit erhaltener Fruchtblase und Embryo, 2 Fälle von Kapselhämatokele). Demonstration der Abbildung dieser Fälle. Bei den übrigen Tubargraviditäten handelte es sich um 2 frische Hämatokelen, eine alte, große, abgekapselte Hämatokele und 2 abgelaufene Prozesse der Tuben (Erweiterung, Gerinnsel, Placentarreste). Unter den früheren Fällen waren eine interstitielle und eine zweimalige Tubargravidität innerhalb 2 Jahren. Fast pulslos wurden 4 Fälle auf den Operationstisch gebracht. 26mal ist die Laparotomie, und zwar in den allermeisten Fällen Querschnitt, nur in einem Falle vaginale Laparotomie gemacht worden. Alle diese Fälle wurden geheilt. Letal verlief nur eine Tubargravidität, die nicht operiert wurde. Es wurde Abort mit Exsudatbildung angenommen. Sektion ergab 3monatige Tubargravidität. Die Ätiologie der Extrauterinschwangerschaft ist noch nicht genügend geklärt. Pathologische Veränderungen der Tuben, insbesondere Passagehemmungen und Schleimhauterkrankungen, scheinen am meisten zu disponieren.

Herr Kehrer richtet an Herrn Prüsmann die Frage, warum er glaubt, daß die Salpingitis isthmica nodosa für Extrauteringravidität prädisponierend sei und fragt Herrn Naumann, aus welchem Grunde das gravide Nebenhorn entfernt worden ist, ob es in breiter oder schmaler Verbindung mit dem Fundus stand.

Digitized by Google

Herr Naumann: Die Verbindung zwischen Nebenhorn und Uterusfundus war etwa fingerbreit. Die Exstirpation fand statt, weil starke Blutungen und wehenartige Schmerzen in der linken Seite, über welche die Pat. beständig geklagt hatte, den Fruchttod erwarten ließen und Abwarten der Ausstoßung per vias naturales hier nicht empfehlenswert erschien.

Herr Prüsmann: Die Salpingitis isthmica nodosa findet sich sehr häufig bei Tubargravidität. Es ist möglich, daß die Eier sich in den Gängen und Falten verfangen und sich dann dort weiter entwickeln.

Herr Hüttner berichtet über 34 Fälle von ektopischer Schwangerschaft. Betreffs der oft schwierigen Diagnose in anamnestisch sehr zweifelhaften Fällen mit ebenso unklarem Untersuchungsbefund erklärt er, daß die oft gemachte Angabe, »seit der letzten Periode, die zwar zur rechten Zeit, aber nur ganz schwach aufgetreten sei, beständen kolikartig auftretende Schmerzen und schokoladenartiger Ausfluß« für ihn maßgebend war, die Diagnose doch auf Tubargravidität zu stellen. Die Operation hat dann stets die Diagnose bestätigt.

Die Frage, ob man die Pat., welche man im Kollapszustand mit kleinem Puls antrifft, noch nach einer Klinik oder einem Krankenhaus transportieren kann, möchte er dahin beantworten, daß dies doch wohl anzuraten ist. Er glaubt, daß der schwere Kollaps sehr häufig eine Shockwirkung ist, hervorgerufen durch die plötzliche Überschwemmung des Peritoneums mit einer größeren Menge Blut.

Denn in mehreren Fällen, in denen Pat. mit kaum fühlbarem Puls zur Operation kamen, erholte sich der Puls merkwürdig rasch nach der Operation, auch ohne Kochsalzinfusion.

Herr Richter möchte als Ätiologie für die ektopische Schwangerschaft nicht ausschließlich entzündliche Veränderungen in den Tuben verantwortlich machen. Er hat in der Anamnese häufig die Angabe gefunden, daß die letzte Periode einige Tage später eintrat und schwächer war, als wie gewöhnlich. In solchen Fällen nimmt er, wenn sonst keine entzündlichen Veränderungen nachweisbar sind, Befruchtung des Eies bei seinem Austritt aus dem Follikel an. Gelangt das befruchtete Ei erst nach einigen Tagen durch den Flimmerstrom der Tube in die Ampulle hinein, so wird das voluminösere Ei auf seiner Wanderung durch die Tube bei den geringsten Widerständen leichter aufgehalten werden, als das unbefruchtete, auch wenn keine entzündlichen Veränderungen an der Tubenschleimhaut (Verlust des Flimmerepithels) vorliegen.

Auch bei der primären Bauchhöhlenschwangerschaft liegen ähnliche Verhältnisse vor. Hier wird das am Ovarium befruchtete Ei durch die Darmperistaltik dem Flimmerstrom der Tube entzogen und geht vielleicht in Hunderten von Fällen bald zugrunde. Nur selten findet es rechtzeitig eine geschützte Nidationsstelle, z. B. im Douglas neben den Douglasfalten, an der Leber usw., und kommt hier zur Entwicklung, wenn sich nicht die Matrix als unzureichend erweist.

Herr Weisswange: Nach seinen Erfahrungen und Beobachtungen spielen entzündliche Vorgänge zweifellos eine disponierende Rolle bei der ektopischen Schwangerschaft. Was die Gonorrhöe anlangt, so hat er vor einigen Jahren hier einen Fall demonstriert (makroskopisch und mikroskopisch), bei dem Tubengonorrhöe bei ektopischer Schwangerschaft vorhanden war (Zentralblatt 1907, p. 382). Er hat auch damals schon auf die bisweilen außerordentliche Schwierigkeit der Erkenntnis der Ätiologie hingewiesen.

Herr Krull betrachtet auch, wie schon Herr Hüttner mitteilt, den Abgang von bräunlichem bzw. schokoladeähnlichem Blut und die anfallsweise auftretenden, kolikartigen Schmerzen bei Extrauteringravidität als ein wichtiges

Digitized by Google

diagnostisches Hilfsmittel. Menopausen sind oft nicht vorhanden, nur die letzte Menstruation ist anders wie sonst und zeigt sich in dauerndem Blutabgang. Ähnliche Fälle, wie Herr Kehrer berichtet, welche bei der Operation eine fast normale Tube darboten, hat er zwei beobachtet. Der eine Fall, welcher bei der Untersuchung normale Adnexe ergab und wegen dauernder Blutung zur Ausschabung kam, mußte kurze Zeit nach der Entlassung aus der Klinik wegen plötzlich aufgetretener innerer Blutung in der Wohnung der Pat. von ihm operiert werden. Die Tube war normal, nur befand sich an ihr eine kleine Perforationsöffnung. Bei dem anderen Falle wurde nach ausgetastetem leeren Uterus und Feststellung eines kleinen Tumor in der Adnexgegend die Diagnose Tubargravidität gestellt. Die Operation ergab eine gering aufgetriebene Tube (mikroskopische Diagnose: Extrauteringravidität) und ein kleines Ovarialkystom, welches für eine gravide Tube bzw. Hämatokele gehalten war. Weitere bemerkenswerte Fälle sind ein Fall von Hämatokele bei Tubargravidität und chronischer Adnexerkrankung mit Lues. Auch hier wurde die Diagnose erst nach Austastung der Uterushöhle, der genauen Untersuchung in der Narkose und aus dem klinischen Verlaufe gestellt. Der Fall wurde konservativ behandelt. Dann ein Fall von Nephrolithiasis und Tubargravidität. Nach Entfernung des Steines durch Nephrotomie trat während des Heilungsverlaufes eine Thrombose und Tubargravidität auf. Wegen zunehmender Anämie Operation. Einige Tage später plötzlicher Tod durch Embolie. In einem weiteren Falle schwankte die Diagnose zwischen Tubargravidität und gonorrhoischer Adnexerkrankung (Ehemann chronische Gonorrhöe). Von einem anderen Kollegen wurde mehr die gonorrhoische Erkrankung anerkannt. 3 Wochen später Operation wegen geplatzter Tubargravidität. Dieser Fall soll nur die Schwierigkeiten der Diagnosenstellung hervorheben.

Herr Prüsmann hält die Entzündung der Tubenschleimhaut für die hauptsächlichste Ursache der Eileiterschwangerschaft, welche Ansicht er durch Untersuchung einer großen Anzahl von Serienschnitten stützen kann. Als Entzündungserreger spielen aber die Gonokokken in dieser Hinsicht eine größere Rolle, als die vom Darm aus einwandernden Bakterien. Andererseits erscheint es ihm sehr fraglich, ob der Coitus interruptus beim Zustandekommen einer ektopischen Schwangerschaft eine Rolle spielt.

Herr Gödecke glaubt, daß leichte entzündliche Veränderungen der Tube im allgemeinen eine Tubargravidität begünstigen. Von den gonorrhoischen Tubenentzündungen nimmt er an, daß sie zu Pyosalpinx und zur Sterilität führt, nicht zur Begünstigung der Tubarschwangerschaft.

2) Zum Ehrenmitglied der Gynäkologischen Gesellschaft wird anläßlich seines 50jährigen Professorenjubiläums Herr Geheimer Rat Prof. Dr. Rudolf Dohrn ernannt.

---

356. Sitzung vom 13. März 1913.

Vorsitzender: Herr Goldberg; Schriftführer: Herr Richter.

Herr Weisswange: Demonstration einer Appendix, an deren Spitze sich ein von Oxyuren umgebener Kotstein befand, der die Schleimhaut und Muscularis bis auf die Serosa usuriert hatte. Trotzdem zeigte makroskopisch in situ der Appendix keinerlei Entzündungserscheinungen. W. verfügt über eine große Reihe solcher Beobachtungen, wo makroskopisch in situ am Appendix keine pathologischen Veränderungen da waren, wo aber trotzdem nach dem Aufschneiden

Digitized by Google

der Appendix oder mikroskopisch schwere Entzündungserscheinungen vorhanden waren.

Herr Kehrer: Referat zum Thema: Über Ausfallserscheinungen.

K. gibt einen zusammenfassenden Überblick über die ovariellen Ausfallserscheinungen. Er erinnert daran, daß Glävecke 1888 eine Reihe von Veränderungen und Störungen im Organismus zusammengefaßt hat, welche sich mehr oder weniger physiologisch im Klimakterium, sowie nach Entfernung beider Ovarien einstellen. In letzterem Falle sprechen wir von einem pathologischen Klimakterium oder einer antezipierten Klimax nach Kastration. Die Motive zur Kastration waren und sind verschieden. Kriegsgefangene wurden kastriert. Aus religiösen Gründen wurde die Kastration bei den alten Arabern und den Skopzen ausgeführt. Seit dem 4. Jahrhundert nach Christi Geburt wurden in Italien Jünglinge kastriert, um gute Diskantsänger zu erhalten, und solche Sopranisten waren noch im 18. Jahrhundert in großer Zahl vorhanden. Zu kriminellen Zwecken wurde im alten China und wird heute noch in einzelnen Staaten von Nordamerika die Kastration zur Anwendung gebracht. Auch bei Geisteskranken wurde sie von einigen Seiten empfohlen. Die operative Kastration knüpft sich an den Namen Alfred Hegar, die Kastration durch Röntgenstrahlen hat neuerdings bei Myomen, Blutungen usw. große Bedeutung gewonnen. Durch die Kastration bei Männern hat man therapeutisch die Prostatahypertrophie günstig beeinflussen können. Aus tierzüchterischen und ökonomischen Gründen wird die Kastration in weitgehendem Maße ausgeführt.

Nach Entfernung der Keimdrüsen treten bei beiden Geschlechtern bestimmte Veränderungen auf, die sich beim Menschen in erster Linie auf nervösem und psychischem Gebiet zeigen. Die alte Lehre, daß es sich hier um Reflexe handelt, ist längst widerlegt, obwohl Reflexe vom Genitale aus, wie K. früher nachgewiesen hat, auf verschiedene Organe: Herz, Darm, Blase bei Tieren, die durch Decerebration zu besonderen Reflexmaschinen umgewandeit sind, ausgelöst werden können. K. unterscheidet Erscheinungen nervöser und psychischer Art: 1) Vasomotorisch-sensible Störungen (Blutandrang nach dem Kopf, fliegende Hitze usw.), 2) motorisch-sensible Störungen in Organen mit glatter Muskulatur (Durchfälle, häufiges Urinieren, Blasendrang). 3) Hypersekretorische Störungen im Bereich verschiedener Drüsen (Ptyalismus, Hyperhydrosis usw.). 4) Psychische Änderungen. Psychische Einflüsse mögen auch beim Geschlechtstrieb des Menschen eine gewisse Rolle spielen. Außer nervösen und psychischen Störungen, die nach Ausfall der Keimdrüse auftreten können, werden zuweilen auch vikariierende Blutungen aus allen möglichen Organen beobachtet, aber ihre Bedeutung ist außerordentlich übertrieben worden.

Die Intensität der Ausfallserscheinungen hängt von dem früheren Zustand des Nervensystems und der Psyche, sowie vom Alter des Individuums und der Schnelligkeit des Keimdrüsenausfalls ab. Die große Furcht, die man früher vor den Ausfallserscheinungen hatte, ist übertrieben. Neuere Autoren, wie Delbet, Walthard und Dubois erkennen die Ausfallserscheinungen nicht an und erklären sie als Neurosen und Psychoneurosen, d. h. als Symptome, die bei psychopathisch veranlagten Individuen früher vorhanden gewesen waren und höchstens zur Zeit des Keimdrüsenausfalls eine Verstärkung erfuhren. Diese Anschauung geht ganz gewiß zu weit. Untersuchungen von Frauen nach Röntgenbestrahlung, die in neuester Zeit in der Dresdener Frauenklinik vorgenommen wurden, haben dieselben Resultate ergeben, die nach der Entfernung der Ovarien erhalten werden:

Digitized by Google

daß in einem gar nicht geringen Prozentsatz der Frauen Ausfallserscheinungen auftreten. Man muß sich bei der Diagnose Ausfallserscheinungen freilich nicht auf den einseitigen Standpunkt der Neurologie oder Gynäkologie, sondern auf den allgemeinen medizinischen Boden stellen und darf dabei die physiologisch-chemischen Kenntnisse, die man auf diesem Gebiet gewonnen hat, nicht unberücksichtigt lassen.

Soll die Frage entschieden werden, ob irgendwelche nervöse oder psychische Symptome, z. B. Herzbeschwerden, auf den Keimdrüsenausfall zu beziehen sind, so muß man erwarten: 1) ein erstmaliges Auftreten der Erscheinungen im Klimakterium oder nach der Kastration bei Frauen, die bis dahin die betreffenden Herzerscheinungen nicht oder kaum kannten. 2) Daß der objektive Befund am Herzen gegenüber früher nicht verändert ist. 3) Die Probe auf das Exempel besteht darin, daß die Herzbeschwerden einige Monate nachdem sie aufgetreten sind bzw. bald nach dem endgültigen Sistieren der Periode verschwinden. Will man die Ausfallserscheinungen verstehen, so muß man die mannigfachen wechselvollen Beziehungen aller Drüsen mit innerer Sekretion und die funktionellen Verhältnisse und Störungen dieser endokrinen Drüsen kennen.

Die wichtigsten Ausfallserscheinungen spielen sich im Bereich der Genitalien ab. Die primären Sexualcharaktere kommen bei frühzeitiger Kastration nicht zur Ausbildung (Hypoplasie) oder verschwinden (Atrophie) bei späterer Kastration. Da die Ovarien die trophischen Zentren für den Uterus sind, erfährt vor allem dieser eine weitgehende Rückbildung, wie die menschliche Pathologie und experimentelle Physiologie beweist. Aber auch das äußere Genitale zeigt bei frühzeitiger Kastration (wie an Eunuchen, Skopzen und Sopranisten nachgewiesen ist) die Erscheinungen der Atrophie. Eine Genitalatrophie erfolgt aber nicht nur nach Ausfall der Keimdrüse, sondern auch bei funktionellen Änderungen der Schilddrüse, der Hypophyse, der Nebennieren, des Pankreas und gewisser Gehirnabschnitte, z. B. Atrophie der Ovarien bei Basedowkranken, bei Röntgenbestrahlung der Schilddrüse, bei Exstirpation der Schilddrüse bei jugendlichen Tieren, bei Myxödem im Kindesalter, bei Dystrophia adiposo-genitalis, bei Addison und Diabetes. Experimentell hat Aschner durch Verletzung des der Hypophyse benachbarten Hirnbodens ein völliges Zugrundegehen der spermatogenen Elemente im Hoden und eine völlige Hemmung der Follikel im Ovarium herbeiführen können.

Die sekundären Geschlechtscharaktere: das Federkleid (Hochzeitskleid), Kamm und Bartlappen, Hals- und Schwanzfedern bei manchen Vögeln; die Brustdrüse, Stimme, Behaarung; bei den Rindviehrassen die Hörner, beim Hirsch das Geweih, erfahren nach der Kastration wesentliche Veränderungen bzw. kommen nicht zur Entwicklung. Es entstehen Formen, die vielfach der Mitte zwischen männlichem und weiblichem Typus entsprechen, aber niemals Charaktere des anderen Geschlechts. Nach Ausfall der Ovarialtätigkeit im späteren Alter wird die Stimme tief und rauh: alte Weiber bekommen oft eine tiefe, männliche Stimme, die zeitlich mit Sistieren der Menstruation zusammenfällt. Der Hahn zeigt ein merkwürdiges Krähen nach der Kastration. Dagegen haben in der Jugend Verschnittene eine helle hohe Stimme (Sopranisten). Die Ursache der Veränderungen in der Höhe und Tiefe der Stimme ist im Kehlkopf zu suchen; er ist bei früh Kastrierten klein, infantil, steht in der Mitte zwischen weiblichem und männlichem Typus; die Stimmritze ist eng, es fehlt die Prominentia laryngea und — wie auch durch Röntgenstrahlen festgestellt wurde — die Verknöcherung. Die Veränderungen der Stimmbänder — die gewiß zu erwarten sind — sind noch nicht untersucht.

Digitized by Google

Die Behaarung kann nach der Kastration oder nach Ovarialatrophie bei älteren Individuen sowie im Klimakterium sehr reichlich werden (üppiger Bartwuchs). Dagegen bekommen in der Jugend kastrierte männliche Individuen keinen Bart, und früh kastrierte weibliche Wesen, sowie Mädchen mit Ovarialhypoplasie zeigen in der Regel keine oder nur schlecht entwickelte Scham- und Achselhaare; ausnahmsweise wird auch das Gegenteil, ein exzessives Haarwachstum beobachtet.

Bei frühkastrierten weiblichen Wesen bleibt die Entwicklung des Drüsengewebes der Mammae beträchtlich zurück; eine Vergrößerung der Drüsen kann aber durch reichlichen Fettansatz vorgetäuscht werden. Es gibt Fälle der Literatur von angeborener Gynäkomastie bei Defekten oder Zerstörung der Hoden.

Auch bei niederen Tieren hemmt Hodenexstirpation die Entwicklung der sekundären Geschlechtscharaktere: auf Hodenexstirpation beim Frosch bleiben Daumenschwellung und Hypertrophie der Muskeln an den Vorderbeinen und somit der bekannte Umklammerungsreflex aus. Die sekundären Geschlechtsmerkmale sind in ihrer vollen Entwicklung von den funktionierenden Keimdrüsen abhängig; sie sind aber (Halban) schon zugleich mit der Bestimmung des Geschlechts angelegt und werden von innersekretorischen Drüsen und vielleicht auch zentral beeinflußt.

K. bespricht sodann die Veränderungen im Knochenwachstum nach Kastration: das Länger- und Schlankerwerden der Röhrenknochen (Eunuchen und Skopzen) und das dadurch entstehende Mißverhältnis zwischen Extremitäten- und Rumpflänge. Das anatomische Substrat des gesteigerten Knochenwachstums liegt im Offenbleiben der knorpeligen Epiphysenfugen über den Zeitpunkt der Norm (19.—20. Lebensjahr beim Menschen, 4. Lebensjahr beim Rind) hinaus. Außer den Epiphysenfugen erfahren auch die Nähte am Schädel und wohl auch der Y-förmige Knorpel an der Vereinigungsstelle der drei Beckenknochen eine Verlangsamung in der Verknöcherung.

Die Unterschiede in der Skelettbildung kastrierter Menschen und Tiere gegenüber nicht kastrierten werden an der Hand von Abbildungen demonstriert.

Die Beziehungen der Hypophyse zum Knochenwachstum werden erörtert. Die Hypophyse erfährt nach vielfachen Untersuchungen im Anschluß an die Kastration von Mensch und Tier beiderlei Geschlechts eine Gewichts- und Volumenzunahme, welche bei lebenden Skopzen und Eunuchen röntgenologisch durch Längen-, Breiten- und Tiefenzunahme der Sella turcica und auch anatomisch nach Kastration und bei Sarkom der beiden Ovarien nachgewiesen wurde. Wie lange die Hypertrophie der Hypophyse, die als ovarielle Ausfallserscheinung gedeutet werden muß, nach der Kastration anhält, wissen wir noch nicht. Es ist denkbar, daß nach längerer Zeit das hypertrophische in ein atrophisches Stadium übergeht, denn im Alter ist von Erdheim eine Involution der Hypophyse nachgewiesen worden. Ob die nach dem Keimdrüsenausfall so häufig beobachtete Adipositas auf Hyperfunktion der Hypophyse zu beziehen oder in anderer Weise zu erklären ist, bedarf weiterer Untersuchungen. Im Anschluß daran werden im einzelnen die noch weiterer Nachprüfung bedürftigen, zum großen Teil sich widersprechenden Untersuchungen über den Stoffwechsel nach Kastration besprochen.

Die Thymus erfährt nach Kastration im Jugendstadium eine Vergrößerung und längere Persistenz. Auf die Kombination von Hypoplasie der Ovarien mit dem Status thymicus und auf die häufigen Befunde von Hypoplasie der Ovarien beim kretinistischen Zwerg mit Thymuspersistenz wird hingewiesen. Veränderungen

Digitized by Google

des Pankreas und der Epithelkörperchen nach Kastration sind nicht bekannt, aber als wahrscheinlich anzunehmen.

Bei Frühkastrierten ist die Schilddrüse meist atrophisch gefunden worden. Nach Röntgenbestrahlung der Ovarien wurde ein Rückgang von Strumen beobachtet. Experimentell hat Textione bei Hunden festgestellt, daß Exstirpation der Eierstöcke anfangs zu vermehrter Tätigkeit, später zu Atrophie der Schilddrüse führt. Vielleicht läßt sich mit diesen Experimenten die Tatsache in Einklang bringen, daß nur in der ersten Zeit nach Ausfall der Ovarialfunktion mit Basedow Ähnlichkeit bietende Ausfallserscheinungen vorhanden sind, und nur zu dieser Zeit in einem Teil der Fälle eine vorübergehende Schilddrüsenanschwellung wahrgenommen wird.

Die Nebennieren erfahren nach der Kastration eine mikroskopisch deutlich nachweisbare Hypertrophie der Rinde. Veränderungen in dem das Adrenalin produzierenden Mark sind nicht festzustellen.

Endlich wird der Einfluß der Kastration auf das morphologische Blutbild und den Lipoidgehalt des Blutserums besprochen.

Der Überblick über das interessante Gebiet zeigt die große Fülle der Fragen, welche in erster Linie auf physiologisch-chemischem und physiologisch-experimentellem Wege, erst in zweiter Linie durch den Kliniker gelöst werden können.

Diskussion. Herr Rübsamen: Bei den mannigfachen Beziehungen, die zwischen den Keimdrüsen und dem übrigen Organsystem bestehen, scheinen von besonderer Wichtigkeit diejenigen zum zentralen Nervensystem bzw. zur Psyche zu sein. Chronische Psychosen gehen mit Anomalien der sekundären Geschlechtscharaktere einher; z. B. Bartwuchs bei Frauen, psychopathische Degeneration und mangelhafte Ausbildung der Sexualorgane gehen Hand in Hand. Eine gewisse Geistesträgheit findet sich in der Menopause als normaler Zustand und ebenso nach der Kastration, jedoch unterscheidet sich dieser normale Zustand wesentlich von dem normalen Zustand, den geschlechtsreife Frauen haben. Wir können sagen: »Durch die Entfernung der Funktion der Eierstöcke aus dem Getriebe des Stoffwechsels erfährt das Affektleben eine gewisse Modifikation«, aber zur endgültigen Entscheidung dieser Frage fehlen uns noch zurzeit exakte physiologische Grundlagen. Die physiologische Bedeutung der Ovarien ist noch nicht allgemein genügend erforscht und erkannt, und die experimentellen Ergebnisse der verschiedenen Forscher widersprechen sich. Auch die klinischen Erfahrungen haben nicht, wie z. B. bei der Schilddrüse, wesentlich dazu beigetragen, zu zeigen, ob es sich bei einem Ausfall der Funktion nur um sogenannte Ausfallserscheinungen oder ob es sich dabei nicht eventuell um kompensatorische Erscheinungen von seiten anderer Organe mit innerer Sekretion handelt.

Als einfachstes Experiment zur Erforschung der Tätigkeit einer Drüse gilt die Entfernung der Funktion derselben aus dem Organismus. Um aber den sicheren Nachweis zu liefern, daß die dann auftretenden Erscheinungen nur auf dem Wegfall des betreffenden Organs beruhen, müßte im Experimentum crucis der Wegfall wieder gut gemacht werden können durch Wiedereinführung des wirksamen Prinzips oder des Organs selbst in den Organismus. Wir alle kennen die Erfolge, die wir mit der Schilddrüsenfütterung hervorrufen können. Wie ist es aber nun bei der Fütterung von Ovarialsubstanzen? Können wir hier auch die sogenannten Ausfallserscheinungen kompensieren oder nicht? Wissen wir genau, welche Anteile der Keimdrüse wir in den Organismus einzuführen haben? — Es sollen die Erfolge nicht geleugnet werden, die man mit den Präparaten aus dem Corpus luteum usw. gehabt hat. Jedoch ist Vorsicht angeraten bei der Beurteilung

Digitized by Google

der Erfolge, die wohl zum Teil auch psychischer Natur sind. Ich habe einmal eine Pat. mit weißen Luteintabletten behandelt, worauf keine Besserung eintrat; nachdem die Pat. aber gelbe Pillen erhalten hatte, die dieselben Bestandteile enthielten, trat ein prompter Heilerfolg ein.

Mit der Implantation der Ovarien, die von verschiedener Seite ausgeführt worden ist, ist man bis jetzt noch nicht sehr weit gekommen; auch wird man in vielen Fällen Bedenken haben, menschliche Ovarien einem anderen Menschen zu implantieren, da die bei der Operation gewonnenen Gebilde doch meist pathologisch verändert sind. Ich möchte nur noch darauf hinweisen, welche Erfolge Steinach bei der Implantation von Keimdrüsen bei vorher kastrierten Ratten erhalten hat. Steinach exstirpierte bei geschlechtlich noch nicht reifen Ratten die Hoden. Die Tiere entwickelten sich, ohne daß sekundäre Geschlechtsmerkmale auftraten. Durch die spätere Implantation von Hodengewebe entwickelten sich aber in prompter Weise diese infolge der frühzeitigen Kastration nicht vorhandenen, sekundären Geschlechtscharaktere. Diese Experimente, die Steinach auch bei Weibchen mit weniger gutem Erfolg ausgeführt hat, zeigen uns deutlich, daß wohl verschiedene Funktionssysteme an den Keimdrüsen zu unterscheiden sind, und es wäre wichtig, auch diese Frage einmal klinisch zu studieren. Es ist zu bedauern, daß die Gynäkologen das ihnen zur Verfügung stehende, reichhaltige Material in dieser Hinsicht bisher nur wenig beobachtet haben.

Herr Weisswange hat bei Ausfallserscheinungen bisweilen günstige Wirkungen von Ovarialpräparaten gesehen, wenn sie nur im richtigen Augenblick und lange genug genommen wurden. Er glaubt, daß die Wirkung nicht immer rein suggestiv sei.

Herr Strobach beobachtete oft stärkere Ausfallserscheinungen, wenn die exstirpierten Ovarien entzündlich vergrößert waren. Dagegen blieben die Erscheinungen in Fällen aus, wo wegen Tumoren, Karzinomen oder anderen chronischen Prozessen die Ovarien entfernt wurden. Er erklärt sich im ersteren Falle die stärkeren Ausfallserscheinungen durch die plötzliche Entfernung der großen Menge ovulierender Substanz. Eine die Diät und die übrige Lebensweise beeinflussende Behandlung scheint der medikamentösen überlegen zu sein, oft sind die Beschwerden durch Suggestion zu heben.

Herr Lehmann macht auf die Amenorrhöe geschlechtsreifer Mädchen aufmerksam, die vom Lande in die Stadt übersiedelten, der sogenannten Amenorrhoea Berolinensis. Diese bietet niemals Ausfallserscheinungen. Er sah wiederholt Frauen, die 6 Monate lang keine Perioden hatten und bei denen zwar ein erheblicher Fettansatz, aber keine Ausfallserscheinungen auftraten.

Seiner Beobachtung nach wurden Strumen während der Gravidität größer.

---

357. Sitzung vom 17. April 1913.

Vorsitzender: Herr Goldberg; Schriftführer: Herr Richter.

1) Herren Rübsamen und Weitzel: a. Ein Zwank-Schilling'sches Flügelpessar, welches bei einer jetzt 72jährigen Pat. vor 10 Jahren eingelegt worden war, hatte sich nahezu um einen rechten Winkel gedreht, so daß der vordere Flügel durch die Blasenwand durchgebrochen war. Das Rektum ist intakt, wie mit dem Rektoskop festgestellt werden konnte.

Cystoskopisches Bild: Der vordere Flügel des Pessars ist bedeckt mit weißen Harnkonkrementen. Von der Blase aus sichtbar bullöses Ödem an einem zungenförmig das Pessar überragenden Schleimhautlappen.

Digitized by Google

Der Schleimhautdefekt ist 50pfennigstückgroß. Die übrige Blasenschleimhaut zeigt keine entzündlichen Veränderungen; das Pessar ist also aseptisch in die Blase eingeheilt.

b. Karzinommetastase in der Blase. Primäres Portiokarzinom. Außerdem Metastase in der Urethra, dieselbe stenosierend.

Cystoskopisches Bild: An der rechten Blasenwand findet sich ein mäßiger, blumenkohlartiger, hypertrophischer Tumor von Walnußgröße. Es bestehen keine cystischen Veränderungen in der Blasenschleimhaut. Die Blase ist in ihrem queren Durchmesser stark verengt.

2) Herr Vogt: Ulcus duodeni beim Neugeborenen.

Ich möchte Ihnen das Präparat von einem Ulcus duodeni demonstrieren, das die anatomische Grundlage abgab für eine letal endigende Melaena vera bei einem Neugeborenen. Das Kind stammt von gesunden Eltern und wurde rechtzeitig geboren, 3245 g schwer und 52 cm lang. Am 2. Tage nach der Geburt erkrankte das Kind an schweren Darmblutungen. Trotz wiederholter Injektionen von defibriniertem Blut und von Gelatine kam es am 3. Tage nach der Geburt, am 2. Tage der Erkrankung, ad exitum. Bei der Sektion zeigten sich Magen und Darm bis ins Rektum mit geronnenem Blute gefüllt. Im Duodenum, etwa $^1/_2$ cm unterhalb des Pylorus, fand sich ein etwa 5 mm im Durchmesser messendes, quer gestelltes, weit in die Muscularis reichendes, rundes Geschwür. Daselbst hafteten die Blutgerinnsel fester. Beim Vorziehen bemerkte man mit der Lupe zwei Gefäßstümpfe, aus denen die hochgradige Blutung erfolgt war. Sonst ergab die Sektion nichts Besonderes.

Ulcus duodeni bei Neugeborenen ist ziemlich selten beobachtet, wenn auch Ulzerationen leichterer Art sicher häufiger vorkommen und vor allem manchmal bei der Sektion nicht mehr feststellbar sind. Im 1. Lebensjahre dagegen ist das Ulcus duodeni nach einer neuesten Statistik von Schmid sehr häufig, es kommt sogar im 1. Lebensjahr auffallenderweise am allerhäufigsten vor.

Einen ganz ähnlichen Fall von Ulcus duodeni bei Neugeborenen fand ich noch von Hahn beschrieben. Dieser Autor sah bei einem ausgetragenen, aus gesunder Familie stammenden Kinde, das am 3. Tage post partum an Melaena starb, zwei Geschwüre im absteigenden Teil des Duodenums, ein ringförmiges und ein ovales. Aus dem ringförmigen ragte an einer Seite ein Gefäßstumpf weit in das Lumen des Darmes hinein. Die Därme waren mit Blut gefüllt, Anzeichen von Lues fehlten.

Die Frage nach der Entstehung der Duodenalulcera gerade bei Neugeborenen harrt bis heute noch der Lösung. Nach Aschoff könnte vielleicht ein Druck der Leber und Gallenblase auf das dem Pankreaskopf aufsitzende Duodenum in Frage kommen. v. Franqué gab eine andere Erklärung: er glaubt, daß die Ulcera durch retrograde Embolie von der Nabelvene aus entstehen. Er konnte nämlich auch experimentell, bei jungen Hunden durch Injektion in die Nabelvene Melaena erzeugen. Den Anschauungen von Franqué schließt sich auch Heubner an. Interessant und wichtig für diese Frage erscheinen mir experimentelle Untersuchungen, über die jüngst Gundermann auf dem Chirurgenkongreß berichtete. Gundermann gelang es, durch Unterbindung des linken Pfortaderhauptastes bei Kaninchen und Hunden zahlreiche, akute Magengeschwüre, manchmal auch Duodenalgeschwüre zu erzeugen. Er sucht allein in den geschädigten Leberzellen die Ursache der Ulcusbildung. Die Leberzelle, des Pfortaderblutes beraubt, verfällt der Atrophie, sie gibt toxische Stoffe ab, welche die Ulcusbildung herbei-

Digitized by Google

führen. In der Leber der Neugeborenen spielen sich sicher große stoffliche Umwälzungen ab, wie die Häufigkeit des Ikterus neonatorum (60%) am besten beweist. Ob man sich der Lehre Hofmeier's vom hämato-hepatogenen Ikterus anschließt, wonach infolge des lebhaften Verbrauches von roten Blutzellen eine zu pleichrome Galle geliefert wird, so daß ein Teil in der Leber zur Resorption kommt, oder ob man mit Knöpfelmacher an eine Sekretstauung, an eine Parapedese denkt, wonach infolge der gesteigerten Viskosität der zu reichlich produzierten Galle ihr Abfluß erschwert ist, so kann man sich doch sehr wohl vorstellen, daß die Leberzellen auf irgend eine Weise in ihrer Funktion gestört sein können. Mit dieser Annahme einer Dysfunktion der Leberzellen sind aber auch dieselben Voraussetzungen für das Zustandekommen von Ulcera in Magen und Darm Neugeborener gegeben, wie in den Experimenten von Gundermann.

Diskussion. Herr Rietschel hält die Magen- und Darmblutungen beim Säugling nicht für so selten, nur findet man nicht immer bei der Autopsie das Ulcus. Bei atrophischen Kindern findet man das Ulcus duodeni häufig. In einem großen Prozentsatz der Fälle kommt es zur Heilung.

Herr Rietschel: Über das Problem der künstlichen Ernährung der Säuglinge.

Der Vortr. gibt einen kritischen Überblick über die Frage: Wie kommt es, daß die der Muttermilch sonst so nahestehende Tiermilch für den Säugling eine so differente Nahrung darstellt. Die verschiedenen Theorien und Hypothesen werden besprochen, eine wirklich befriedigende Lösung der Frage ist heute noch nicht erreicht.

Indessen sind auf Grund der Hypothesen praktisch wichtige Ergebnisse (Eiweißmilch usw.) gewonnen worden.

Diskussion. Herr Teuffel glaubt, daß Herr Rietschel zu weit gehe, wenn er angesäuerte Milch für unschädlich hält, zumal bei längerer Verabreichung derselben. Auch hält er den Versuch Rietschel's mit der Verabfolgung solcher Milch nicht für beweisend.

Herr Brückner: Wir müssen unterscheiden zwischen der Ernährung des gesunden und der des kranken Säuglings.

In der Ernährungstherapie des kranken Säuglings haben wir große Fortschritte gemacht, beim gesunden Säugling sind wir in vielen Punkten noch nicht genügend unterrichtet.

Daß die Säuerung der Milch nicht gefährlich für den Säugling ist, ergibt sich aus der guten Bekömmlichkeit der Buttermilch.

Herr Teuffel möchte einen Unterschied gemacht wissen zwischen einfacher Buttermilch und saurer Milch.

Herr Rietschel (Schlußwort) hält die stark angesäuerte Milch für unschädlich. Er erkennt den praktischen Wert gewisser künstlicher Milchmischungen, wie der Backhaus-Milch, der Székeli'schen Milch an, obwohl er sie theoretisch nicht billigen kann, und sucht denselben mehr in der geschickten Mischung, nicht in der Vorbereitung des Kaseins durch Vorverdauung (Backhaus) oder durch Kohlensäurebehandlung.

Digitized by Google

Zeitschriften.

5) Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XXIII. Hft. 2; zugleich Festschrift für Otto Küstner.

1) Walther Rohrbach (Breslau). Statistik und Kritik über 158 Eklampsiefälle und deren Behandlung.

Die Arbeit behandelt 158 Eklampsiefälle, die während der Zeit April 1900 bis Dezember 1912 in der Breslauer Klinik zur Beobachtung gelangten. Dieser ganze Zeitraum von über 12 Jahren wird zwecks Aufstellung von zahlreichen Statistiken in Tabellenform in zwei etwa gleichlange Zeitabschnitte geteilt mit dem Grenzjahre 1906, weil von diesem Jahre an das Prinzip der Schnellentbindung, wenn nötig durch den vaginalen Kaiserschnitt, zur Durchführung gelangte.

Seit Befolgung des Grundsatzes der Schnellentbindung ist die Mortalität der Mütter von 42,25% auf 16,09%, die der Kinder von 29,16% auf 14,63% heruntergegangen. Dieser Sturz ist so erheblich, daß man ihn als eine Wirkung der Schnellentbindung im Verein mit den sonstigen, in der Arbeit geschilderten, aktiven Maßnahmen gegenüber den in dem ersten Zeitraum befolgten Grundsätzen bei der Behandlung der Eklampsie ansprechen muß. Die Breslauer Klinik wird daher vorläufig an dem Prinzip der Früh- und Schnellentbindung festhalten.

2) Oskar Bondy (Breslau). Scheidenkeime und endogene Infektion.

Die Möglichkeit einer puerperalen Selbstinfektion wird in den letzten Jahren von fast allen Autoren, selbst von früheren Gegnern, zugegeben, nur noch Bumm und Sigwart verhalten sich in der letzten Zeit dieser Lehre gegenüber entschieden ablehnend. Verf. bestreitet die Richtigkeit der Schlußfolgerungen dieser Autoren in deren bekannter Arbeit. Weder kann er auf Grund seiner Untersuchungen das Fehlen von Fäulniskeimen im Scheidensekret unberührter Schwangerer bestätigen, noch die Beweisführung von der Apathogenität der Scheidenstreptokokken mit Rücksicht auf ihre mangelnde Tiervirulenz anerkennen, noch auch die Berechtigung einer strikten Trennung von Vulva- und Scheidenkeimen zugeben.

3) Oskar Bondy (Breslau). Bakteriologische Untersuchungen beim extraperitonealen Kaiserschnitt.

B. hat bei 25, im Laufe von $1^1/_2$ Jahren vorgenommenen, extraperitonealen Kaiserschnitten bakteriologische Untersuchungen angestellt zwecks Entscheidung der Fragen, wie weit sich der klinische Begriff der Reinheit mit einer bakteriologischen Keimfreiheit deckt, und ferner, wie sich der Verlauf bei klinisch und bakteriologisch reinen Fällen zu denen bei nachgewiesener Infektion des Fruchtwassers verhält. Die Protokolle der 25 Fälle werden in allen klinisch wichtigen Einzelheiten mitgeteilt, der bakteriologische Befund des Cervixsekretes und des Fruchtwassers wird hinzugefügt.

Zusammenfassend kann man sagen, daß eine ziemlich weitgehende Übereinstimmung zwischen den klinischen Begriffen rein, unrein, infektionsverdächtig, infiziert und dem bakteriologischen Befunde besteht. Bezüglich der Frage, inwieweit der postoperative Verlauf mit dem klinischen und bakteriologischen Befunde vor der Operation übereinstimmt, sind die Protokolle selbst nachzulesen.

4) Richard Basset (Breslau). Über die Bedeutung des frühzeitigen Blasensprunges für Geburt und Wochenbett.

B. prüfte an dem Materiale der Breslauer Klinik, ob und welchen Einfluß der frühzeitige, d. h. bei 5 cm weitem Muttermund erfolgende Blasensprung auf die

Digitized by Google

Geburt, im besonderen auf ihre Dauer und auf das Wochenbett ausübt. Unter über 4000 Geburten der letzten Jahre fanden sich 500 Geburten, bei denen die Eihäute bei fünfmarkstück- bis kleinhandtellergroßem Muttermunde sprangen. Der Einfluß des frühzeitigen Blasensprunges für Mutter und Kind wird an der Hand von Tabellen eingehend besprochen, und auf Grund der Ergebnisse ein künstliches Blasensprengen erst dann empfohlen, wenn der Muttermund bei Igebärenden annähernd erweitert und bei Mehrgebärenden handtellergroß ist.

5) Hermann Kuester (Breslau). Intrauterine Amputation des Oberschenkels mit Verschluß von Harnröhre und Mastdarm.

Bei dem ausgetragenen, spontan geborenen, ersten Kinde gesunder Eltern fehlte, wie die beigegebene Autochromaufnahme erkennen läßt, die ganze linke untere Extremität, ferner die linke Hälfte des äußeren Genitales und außerdem die Harnröhrenmündung und der After. Der Leib war enorm stark aufgetrieben. An Stelle der fehlenden linken Extremität war eine hochrote Granulationsfläche sichtbar, die sich auf die Muskulatur des Beckens und des Bauches erstreckte. Das Kind starb am Tage nach der Geburt. Die Sektion der Leiche wies als Ursache der Auftreibung des Leibes eine mit Flüssigkeit sehr stark gefüllte, bis zum Leberrande reichende Harnblase und maximal durch Mekonium und Gas aufgetriebene Darmschlingen nach. Die Amputation des Beines ist wohl zwischen Ende des 3. und etwa dem 5.—6. Monate durch einen Strang amnialer Herkunft hervorgerufen worden. Das Bestehenbleiben der Granulationsfläche an der Absetzungsstelle ist wahrscheinlich als Folge einer breiten, unter der Geburt spontan gelösten Verklebung mit dem Amnion anzusehen.

6) Fritz Heimann (Breslau). Innersekretorische Funktion der Ovarien und ihre Beziehungen zu den Lymphocyten.

Zu den Untersuchungen wurden hauptsächlich solche Kranke verwendet, bei denen eine Störung der inneren Sekretion der Ovarien bestand, wie sie klinisch durch Menstruationsanomalien und durch Blutungen gekennzeichnet wird; daneben wurden aber auch Frauen untersucht, die an entzündlichen Erkrankungen oder an Tumorbildung der Ovarien litten, so daß also klinisch stets Störungen in der Ovarialtätigkeit nachzuweisen waren. Indem Verf. von der Annahme ausging, daß durch die innersekretorische Funktion der Keimdrüsen dem Blute Stoffe zugeführt werden, die die Lymphocytose hemmen, war es ihm bei seinen Untersuchungen (10 Tabellen) möglich, aus dem Blutbilde, d. h. aus der vermehrten oder verminderten Lymphocytenzahl einen Schluß auf die gesteigerte oder herabgesetzte Ovarialtätigkeit zu ziehen.

7) Walther Hannes (Breslau). Die Bedeutung der Gonorrhöe für die moderne Wochenbettsdiätetik.

Bei 4116 Schwangeren bzw. Kreißenden der letzten 4 Jahren wurden 101mal, das ist in 2,5%, Gonokokken nachgewiesen. Von diesen 101 gonorrhoischen Wöchnerinnen machten 65 ein fieberfreies Wochenbett durch, 12 hatten Eintagsfieber, 2 fieberten aus extragenitaler Ursache, und 22 von einer Erkrankung der inneren Genitalien aus. Innerlich intra partum wurden von den 101 Wöchnerinnen 59 untersucht, von diesen fieberten 18 von den Genitalien aus, 9 hatten Eintagsfieber, während von 42 innerlich intra partum nicht untersuchten Kreißenden nur 4 von den Genitalien aus fieberten, und nur 3 an Eintagsfieber erkrankten.

Es ergibt sich daher die Schlußfolgerung, daß gonorrhoische Kreißende innerlich möglichst gar nicht untersucht werden sollen. Natürlich ist es zu diesem Zweck notwendig, die Gonorrhöe womöglich schon in der Schwangerschaft nachzuweisen. Was die Diätetik des Wochenbettes betrifft, so haben Wöchnerinnen

Digitized by Google

bei nachgewiesener Gonorrhöe im Gegensatz zu gesunden Puerperae mindestens 2 Wochen lang strenge Bettruhe innezuhalten.

8) Arnold Fuchs (Breslau). Erfahrungen mit Pituglandol in der geburtshilflichen Praxis.

Pituglandol wurde bei fünf Entbindungen aus verschiedener Indikation mit glänzendem Erfolg angewendet, während es bei dem Versuch, ein Abortei von 10 Wochen zur Ausstoßung zu bringen, versagte.

9) G. Schubert (Beuthen O/S.). Beiträge zum postoperativen Ileus.

Ein postoperativer Ileus kann verursacht sein durch mechanische, während der Operation auf Darm und Bauchfell einwirkende Reize, ferner durch Infektion der Bauchhöhle, durch Verklebung von Darmschlingen mit den gesetzten Wundflächen und durch Verschluß der Mesenterialgefäße. Auf mechanische Reize ist zurückzuführen der paralytische Ileus, von dem ein charakteristischer, durch sofortige Laparotomie geheilter Fall mitgeteilt wird, und auch der duodenale Ileus, von dem ebenfalls ein glücklich verlaufender Fall zur Beobachtung gelangte. Infektionen der Bauchhöhle mit ihren Folgeerscheinungen sind in unserer Zeit der hochentwickelten aseptischen Maßnahmen zu einer Seltenheit geworden, während Verklebungen von Darmschlingen untereinander oder mit dem Bauchfell auch jetzt noch gelegentlich zu Ileuserscheinungen führen.

Verschluß der Mesenterialgefäße aus unklarer Ursache wurde bei erneuter Eröffnung der Bauchhöhle in zwei Fällen festgestellt. Beide Fälle verliefen unter dem klinischen Bild eines postoperativen Ileus und kamen ad exitum.

10) Alfred Strempel (Bad Oeynhausen). Eklampsiebehandlung nach Stroganoff in der Arbeiterwohnung.

Mitteilung von vier gut beobachteten Geburtsgeschichten bei Eklampsie aus der Überlandpraxis mit glücklichem Ausgange für Mütter und Kinder. Es handelte sich einmal um eine Wochenbettseklampsie und dreimal um interkurrente Eklampsien, bei denen nach 26, $1^1/_2$ und 5 Tagen spontan lebende Kinder geboren wurden ohne Wiederauftreten der Konvulsionen. Verf. betrachtet diese Fälle als beweisend dafür, daß das Stroganoff'sche Verfahren einerseits der Schnell- und Frühentbindung ebenbürtig zur Seite zu stellen ist, und daß es andererseits mindestens ebensogut wie die forcierte Entbindung vom Praktiker selbst unter ungünstigen Verhältnissen angewendet werden kann.

11) Alfred Strempel (Bad Oeynhausen). Zur Extraktion mit Kuestner's Steißhaken.

Anpreisung des Kuestner'schen Steißhakens bei Steißlagen auf Grund von drei Beobachtungen aus eigener Praxis.

12) Hermann Rothe (Breslau). Ist beim Vaginismus eine blutige Erweiterung notwendig?

Bei schwereren Formen des Vaginismus empfiehlt R. seinen Pat., unter Ablehnung einer sofortigen vaginalen Untersuchung in der Sprechstunde, die Exploration in Narkose mit gleichzeitiger Dehnung des Introitus, so daß der Constrictor cunei subkutan platzt und das Hymen zerreißt. Schon am nächsten Tage sind die eigentlichen Krankheitssymptome, also der Abwehrbewegungskomplex verschwunden, und es kann die Nachbehandlung nach v. Olshausen beginnen. Drei typische Krankengeschichten werden mitgeteilt.

13) A. Heyn (Reichenbach i. Schl.). Steißtumor.

Bei einer 23jährigen IIpara mit hochgradigem Hydramnios traten im 7. Schwangerschaftsmonat Wehen auf, die nach Eröffnung der Blase und Entleerung von 8 Litern Fruchtwasser zur spontanen Geburt des kindlichen Kopfes führten, während

Digitized by Google

die Weiterentwicklung der Frucht stockte. Es fand sich ein Hindernis in Gestalt eines cystischen, von der Steißgegend des Kindes ausgehenden Tumors, der bei starkem Zuge platzte; darauf sofortige Geburt des Kindes, ungestörtes Wochenbett. Der Tumor enthielt eine Hauptcyste, in der an einem langen, dünnen Gefäßstiel einige bohnen- bis haselnußgroße Knötchen schwammen und zwei kleinere, faustgroße Nebencysten, die von dem Haupttumor durch dünne Septen getrennt waren. Die Sektion des Kindes ergab, abgesehen von der Tumorbildung, einen ganz normalen Befund. Ihrem histologischen Bau nach ist die Geschwulst als eine komplizierte Mischgeschwulst zu bezeichnen, die sich durch die absolute Regellosigkeit der einzelnen Gewebsbestandteile auszeichnet. Der Arbeit sind Abbildungen der Frucht und der mikroskopischen Präparate beigegeben.

14) W. Ponfick (Frankfurt a. M.). Die Erfolge der künstlichen Frühgeburt beim engen Becken mittleren Grades.

P. hat in der von ihm geleiteten Entbindungsanstalt innerhalb von 5 Jahren unter über 2100 Geburten 42 Fälle von engem Becken mit einer Diagonalis von nicht unter 9 cm beobachtet und unter diesen in 15 Fällen wegen engen Beckens die künstliche Frühgeburt eingeleitet. Kein einziges Mal wurde die Indikation zum Kaiserschnitt — abgesehen von einem vaginalen bei Eklampsie — oder zur Hebosteotomie gestellt. Die Zahl der Iparae mit engem Becken betrug 14, bei denen sämtlich, da es sich um enge Becken mittleren Grades handelte, der Verlauf der ersten Geburt als einer »Probegeburt« abgewartet wurde. 11 der Kinder wurden lebend geboren: 5mal spontan, 4mal Zangenextraktion, 2mal Wendung und Extraktion, die übrigen 3 Kinder kamen tot zur Welt. Unter den 15 Frühgeburtskindern wurden 11 lebend geboren, und 9 lebend aus der Anstalt entlassen, während die mütterliche Mortalität bei einer Gesamtmortalität von $^1/_2{}^0/_{00} = 0$ betrug. Die Einleitung der Frühgeburt erfolgte 14mal durch Hystereuryse, 1mal bei Hydramnion durch Blasenstich.

Die goldenen Worte Verf.s gegenüber der jetzt in der Geburtshilfe herrschenden Richtung als »der chirurgischen Ära der Geburtshilfe« seien manchem zu operationslustigen Geburtshelfer aufs wärmste zur Beachtung empfohlen.

15) Fritz Heinsius (Berlin-Schöneberg). Über die cystoskopische Diagnose eines Uretersteins und seine Entfernung auf vaginalem Wege.

Bei einer 47jährigen Frau, die seit Jahren an krampfartigen Schmerzen in der linken Nierengegend gelitten hatte, war vor 4 Monaten eine linkseitige Colipyelitis nachgewiesen worden, während die Röntgenaufnahme ein negatives Ergebnis geliefert hatte.

Die Kranke wurde in somnolentem Zustande, hoch fiebernd, unter den Erscheinungen einer schweren intestinalen Vergiftung in Verf.s Klinik gebracht. Nach Abklingen der Vergiftungserscheinungen und Entfieberung traten plötzlich von neuem hohes Fieber, Schüttelfröste und Schmerzen in der rechten Seite des Leibes auf. Im Cystoskop war links ein dicht hinter der Uretermündung gelegener Ureterstein (farbige Abbildung!) erkennbar, dessen Entfernung von der Scheide aus gelang. Heilung der Kranken. Der entfernte Stein maß 2,6 cm in der Länge und 6 mm in der größten Breite, in der Mitte war er mit einer sanduhrförmigen Einziehung versehen.

16) Fritz Heinsius (Berlin-Schöneberg). Cystennieren und Gravidität.

Den spärlichen Berichten der Literatur über das Vorkommen von Cysten-

Digitized by Google

nieren bei Graviden und Kreißenden fügt H. folgenden, von ihm beobachteten Geburtsfall hinzu.

Bei einer 39jährigen, im 8. Monate ihrer zweiten Schwangerschaft befindlichen Frau wurde wegen hochgradiger Atemnot die Schwangerschaft durch vaginalen Kaiserschnitt unterbrochen und am 13. Tage des Wochenbettes die rechte Niere exstirpiert, die in einen über kindskopfgroßen, cystischen, zahlreiche Abszesse aufweisenden Tumor entartet war. Tod der Frau 18 Stunden post operat. Durch die Sektion wurde nachgewiesen, daß es sich um das typische Bild der Kombination von Cystenniere und Cystenleber handelte, da das Leberparenchym durchweg mit stecknadelkopf- bis erbsengroßen, bläulichen Cysten durchsetzt war.

17) O. Schmidt (Bremen). Beitrag zur Eklampsiefrage auf Grund von 98 Fällen.

In der vom Verf. geleiteten Abteilung der Bremer Krankenanstalt wurden vom Januar 1907 bis Dezember 1912 zusammen 98 Fälle von Eklampsie behandelt. Von den Müttern wurden geheilt 75 und starben 23. Von 15 spontan Entbundenen starben 2, von 45 Operierten 11, von 23 nach Stroganoff behandelten und spontan Entbundenen 3, von 15 nach Stroganoff behandelten und operativ Entbundenen 7. Von den Kindern wurden 66 lebend, und 30 totgeboren. Von den 23 verstorbenen Frauen wurden 22, von den 30 verstorbenen Kindern 22 seziert. Während die nach Schmorl charakteristischen Prozesse an Leber und Niere bei den Erwachsenen in der größten Mehrzahl der Fälle nachgewiesen wurden, fanden sich in keinem Falle makroskopisch Thrombosen in den Leber-, Nieren- und Lungengefäßen. Bei den Kindern wurden fast stets mehr oder weniger ausgedehnte atelektatische Prozesse in den Lungen und Blutungen unter dem Epikard und der Pleura festgestellt.

Hervorgehoben sei, daß an jedem Tage, an dem ein Eklampsiefall zur Aufnahme kam, die Witterung mit Hilfe des meteorologischen Observatoriums aufgezeichnet wurde. Es fand sich, daß der Witterung ein Einfluß auf das Zustandekommen der Eklampsie nicht zuzuschreiben ist.

18) O. Schmidt (Bremen). Die operative Behandlung der Peritoneal- und Genitaltuberkulose.

Der Arbeit sind 37 Fälle von Peritoneal- und Genitaltuberkulose zugrunde gelegt, die S. in der Zeit von 1901—1912 operiert hat. Von diesen sind 12 bereits gestorben, und zwar 3 bald nach der Operation, von den übrigen 25 hat Verf. 20 selbst nachuntersucht. Als Gesamtergebnis der Untersuchungen wird auf Grund der primären Operationsergebnisse und der durch die Nachuntersuchungen festgestellten Dauerresultate in einer großen Zahl von Fällen operatives Vorgehen empfohlen. Die Art der Operation hat sich nach dem jedesmaligen Befunde zu richten. Eine am Schluß beigefügte Tabelle gibt Auskunft über den verschiedenen Sitz der Erkrankung und die zur Ausführung gelangte Operation bei den 37 Pat.

19) Gustav Stutz (Witten). Beitrag zum Thema: Tuberkulose und Gravidität (Sterilisation).

Bericht über die von S. ausgeführten Tubensterilisationen bei Gravidität und Tuberkulose. Nach Befolgung verschiedener Methoden gelangte in der letzten Zeit eine ausgiebige Fundusexzision nach eigenen Angaben des Verf.s zur Anwendung. 26 Kranke wurden aus verschiedenen Indikationen auf diese Weise operiert: 15mal bei Tuberkulose und Gravidität, 3mal bei Tuberkulose ohne Schwangerschaft, 5mal Gravide aus anderer Indikation und 3mal bei Metrorrhagien. Der Erfolg der technisch leichten Operation war ein nach allen Richtungen hin einwandfreier, zumal auch die Menstruation erhalten blieb.

Digitized by Google

20) Arnold Christiani (Libau in Rußland). Hystereuryse bei Myom unter der Geburt.

Bei einer 37jährigen, seit $1^1/_2$ Tagen kreißenden Ipara wurde der Beckeneingang fast völlig durch ein großes Uterusmyom verlegt, das im kleinen Becken bis auf den Beckenboden herunterreichte. In Narkose gelang es C., den Tumor teilweise aus dem kleinen Becken in die Höhe zu schieben und durch Einlegung eines Metreurynters in die jetzt zugängliche Uterushöhle die Wehen derartig anzuregen, daß der Tumor innerhalb von 9 Stunden sich von dem Beckeneingange ganz zurückzog. Das abgestorbene Kind wurde perforiert und spontan geboren. Schon nach 2 Monaten trat eine neue Schwangerschaft ein, die mit der spontanen Geburt eines ausgetragenen, lebenden Kindes ihr Ende erreichte.

21) Erich Opitz (Gießen). Einiges über Beziehungen von Entzündungen des Dickdarms zu den weiblichen Geschlechtsteilen und zu funktionellen Neurosen.

Mitteilung eines Falles von Blinddarmentzündung kombiniert mit Schwangerschaft mens. VII—VIII bei einer 32jährigen Pluripara. Da die Kranke kreißend in die Anstalt eintrat, so wurde Verf.s Prinzipien entsprechend zunächst durch Colpohysterot. anter. der Uterus entleert und dann erst der Bauchschnitt in Form eines rechtseitigen schrägen Flankenschnittes angeschlossen. Es fand sich eine akute, eitrige Entzündung des Blinddarms bei Intaktheit des Proc. vermiform. Entleerung des Eiters, der hämolytische Streptokokken in Reinkultur aufwies, Tamponade der Bauchhöhle, fieberfreie Heilung.

Aus dem klinischen Verlauf war zu folgern, daß die Blinddarmentzündung während der Schwangerschaft von der Mucosa des Darmes ihren Ausgang genommen und, allmählich die Darmwand durchsetzend, zu der eitrigen Bauchfellentzündung geführt hat. Sind akute Blinddarmentzündungen wie in diesem Falle relativ selten, so kommen chronische Entzündungen des Blinddarms und anderer Teile des Dickdarms sicher viel häufiger vor, als bisher angenommen worden ist. Alle diese Formen finden in der Arbeit, zum Teil auf Grund eigener Beobachtungen Verf.s, eine eingehende Besprechung. Die genaue Kenntnis der Erkrankungen des Dickdarms ist für den Frauenarzt besonders deswegen wichtig, weil sie das weibliche Geschlecht bevorzugen und sehr leicht zu Fehldeutungen oder zu einer Mitbeteiligung der Geschlechtsorgane Anlaß geben können.

22) Erich Opitz (Gießen). Über Leberveränderungen in der Schwangerschaft.

Zwecks Nachprüfung des bekanntlich von Hofbauer aufgestellten Begriffes der Schwangerschaftsleber, hat O. systematische Untersuchungen der Leber an trächtigen und des Vergleiches wegen auch an nichtträchtigen Kaninchen, Meerschweinchen und Ratten angestellt. Als Ergebnis der Arbeit fand sich, daß in keinem der Fälle die charakteristischen Merkmale der Schwangerschaftsleber im Sinne von Hofbauer nachzuweisen waren. Der negative Ausfall dieser Untersuchungen an den genannten Tieren spricht nur gegen das regelmäßige Vorkommen von Leberveränderungen in der Schwangerschaft, während die Möglichkeit des Bestehens eines Krankheitsbildes der Schwangerschaftsleber ähnlich der »Schwangerschaftsniere« nicht von der Hand zu weisen ist.

23) A. Keilmann (Riga). Geburtshilfe und Säuglingsfürsorge.

Die Säuglingsfürsorge, durch die in letzter Linie die abnorm hohe Säuglingssterblichkeit bekämpft werden soll, hat grundsätzlich auch die erste Lebenszeit der Säuglinge von der Geburt an unter Mithilfe der geburtshilflichen Organe zu berücksichtigen. Die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit wird so lange

Digitized by Google

mangelhaft sein, als ein organischer Zusammenhang zwischen Geburtshilfe und Säuglingsfürsorge allgemein erzielt sein wird. Welche Resultate K. durch Befolgung dieser Grundsätze in der Praxis bereits erreicht hat, kann man daraus entnehmen, daß die Gesamtmortalität der unter Aufsicht der Poliklinik seiner Anstalt lebend geborenen Kinder im 1. Lebensjahre 12,3% beträgt gegenüber einer allgemeinen Säuglingssterblichkeit in der Stadt Riga von ca. 20%. Eine weitere Besserung der Säuglingssterblichkeit wurde durch die vom Verf. eingerichteten Mütterberatungsstellen erreicht: von 220 vor dem I. X. 1911 mit Hilfe der Poliklinik geborenen Kindern, deren Mütter nachher jene Einrichtung in Anspruch nahmen, sind im ersten Lebensjahre nur 7,7% gestorben.

Zwecks Durchführung einer richtigen Säuglingsfürsorge, die im Wochenbett zu beginnen und zum Schutz des Kindes in erster Linie sich der Mutter zuzuwenden hat, haben die Geburtshelfer sich die notwendigen Kenntnisse in der Kinderheilkunde anzueignen und sind andererseits von seiten der Hebammenlehrer den Hebammen die nötigen Unterweisungen in der Säuglingspflege und dem Säuglingsschutz zu erteilen. Weitere Einzelheiten über die in der Rigaer Anstalt getroffenen Einrichtungen und über die durch sie in der Säuglingsfürsorge erzielten vorzüglichen Ergebnisse sind in der Arbeit nachzulesen.

Scheunemann (Stettin).

Operative Technik und Allgemeinoperatives.

6) **J. Shelton Horsley** (Richmond, Virginia). **Bemerkungen zur Technik der Blutgefäßnaht vermittels eines neuen Instruments.** (Transact. of the Southern surg. and gyn. assoc. Vol. XXIV. 1912. p. 527.)

Verf. beschreibt ein neues, sehr einfaches Instrument, um das Anlegen und exakte Halten der Nähte zu ermöglichen. Die mit guten Abbildungen ausgestattete Arbeit eignet sich aber nicht zu kurzem Referat.

Jaschke (Gießen).

7) **E. M. Speranskaja-Bachmetjewa** (St. Petersburg). **Die Momburg'sche Methode vom experimentellen Standpunkt.** (Journ. für Geburtshilfe u. Gynäkologie 1912. p. 1657. [Russisch.])

Verfasserin hat an 24 Hunden den Einfluß des Momburg'schen Schlauches auf Herz und Blutdruck, die Nerven und Kontraktionen der Gebärmutter und auf die Harnabsonderung erforscht. Dabei hat sich ergeben, daß die Anlegung des Schlauches eine vorübergehende Blutdruckerhöhung in der oberen Körperhälfte bedingt, die durch schnellere Herzaktion und Erweiterung des Kapillarnetzes kompensiert wird. Eine kurzdauernde Anwendung des Schlauches bleibt ohne jeden Einfluß auf die Harnorgane; eine langdauernde kann die Absonderung des Harnes deprimieren, was sich durch eine verzögerte Harnausscheidung und geringen Albumengehalt dokumentiert. — Die Erregbarkeit der Nerven bleibt ca. 1 Stunde ziemlich normal; danach fällt sie bis zum Nullpunkt und erholt sich im Verlauf von einigen Stunden nach Abnahme des Schlauches zur Norm. — Die zur Kontraktion fähige Muskulatur der schwangeren Gebärmutter wird durch den Schlauch zu Kontraktionen nicht angeregt, und dieses Resultat der Experimente von S.-B., an vier Hunden am Ende der Schwangerschaft erhalten, steht in direktem Widerspruch mit den Untersuchungsergebnissen von Frankl. — Im Endresultat meint S.-B., daß der Momburg'sche Schlauch bei Beobachtung einiger Vorsichtsmaßregeln ungefährlich ist.

G. Bohnstedt (St. Petersburg).

Digitized by Google

8) **A. Fonio** (Bern). **Über die neue Blutstillungsmethode und Wundbehandlung durch das Coagulin Kocher-Fonio.** (Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1913. Nr. 13—15.)

Einleitend bespricht der Verf. die verschiedenen Gerinnungstheorien. Durch fraktionierte Zentrifugierung gewann er Blutplättchen frei von allen Blutelementen. Aus den Plättchen stellte er eine zellfreie Lösung des Thrombozyms dar, die er durch Kochen eine Viertelstunde lang bei 100° C sterilisierte und in Ampullen aufbewahrte. Dieser Körper wirkt gerinnungsbeschleunigend und gerinnungsverstärkend und wird vom Verf. Coagulin Kocher-Fonio genannt. Der Körper ist löslich in Alkohol, Chloroform, Wasser, physiologischer Kochsalzlösung. Er kann auch als Pulver gewonnen werden. Weitere Angaben über seine Natur und über die genaue Herstellungsweise sollen später veröffentlicht werden. Das Wesen dieser Blutstillungsmethode ist die Beschleunigung und Verstärkung der Thrombenbildung. Gute Erfolge wurden erzielt bei Zahnblutungen, bei arterieller Arrosionsblutung bei Carcinoma oesophagi, bei Fingerverletzungen. Daraufhin wurde das Coagulin systematisch bei Strumektomien, Laparotomien usw. angewendet, und es zeigte sich, daß der Vorteil nicht nur in der momentanen Blutstillung lag, sondern daß auch jegliche Nachblutungen verhindert werden konnten. Verf. führt eine große Anzahl von Fällen auf, bei denen Coagulin mit gutem Erfolg verwendet worden ist.

Den Wert des neuen Mittels sieht Verf. in der Abkürzung der Operationsdauer durch Wegfallen des größten Teiles der Ligaturen und in dem Ausbleiben von Hämatomen. Er will das Coagulin auch bei der Behandlung von Weichteilverletzungen anwenden, ferner bei Magen- und Darmblutungen, bei letzteren in Glutoidkapseln. Untersuchungen über den Einfluß des Magensaftes und des Darmsaftes auf die Wirkung des Coagulins sind noch nicht gemacht worden. Weiter scheinen Blasenblutungen, Blutungen aus dem Nasen-Rachenraum und Hämorrhoidalblutungen zur Behandlung mit Coagulin geeignet zu sein.

Der Verf. glaubt sogar, bei Nachgeburtsblutungen durch Atonia uteri, bei Placenta praevia und bei Aborten das Coagulin mit Erfolg verwenden zu können. Intravenös verabfolgt könnte das Mittel bei Lungenblutungen werden, der Erfolg wäre dort durch »Fernwirkung« zu erklären, indem ein Thrombus sich an den glatten intakten Gefäßwänden nicht bilden würde, wohl aber dort, wo die blutende Stelle sich findet.

Die Anwendungsweise ist folgende: Bei Herniotomien, Appendektomien, Laparotomien usw. werden zunächst alle blutenden Gefäße mit Schiebern gefaßt. Sodann wird statt zu ligieren, jeder Schieber abgenommen und auf die gefaßte Stelle etwas Coagulin aufgegossen. Kleine arterielle Blutungen stehen endgültig, etwas größere nach kurzer Fingerkompression (um die Thrombenbildung zu erleichtern). Gute Erfolge wurden auch bei Strumektomien und blutigen Knochenoperationen erzielt. F. König (Bern).

9) **V. C. David** and **A. H. Curtis** (Chicago). **Experimente über die Behandlung der akuten Anämie durch Bluttransfusion und intravenöse Kochsalzinfusion.** (Surgery, gynecol. and obstetrics Vol. XV. Nr. 4.)

Die Tierexperimente der Verff. führen zu folgenden Schlüssen: Bei akuten Blutverlusten ist die intravenöse Infusion von physiologischer Kochsalzlösung ein gutes Wiederbelebungsmittel. Ihre Wirksamkeit ist jedoch auf eine Periode von wenigen Stunden beschränkt. Daher vermag sie allein nur einen sehr geringen Prozentsatz der Pat. zu retten, die ohne Infusion an den Folgen der Anämie

Digitized by Google

zugrunde gehen würden. Dagegen ist die Bluttransfusion die Methode der Wahl bei schwerer Anämie, denn das transfundierte Blut vermag das verloren gegangene physiologisch zu ersetzen und so das Leben zu retten. Klinisch soll man deshalb in solchen Fällen vorläufig eine Kochsalzinfusion machen, um Zeit zur Vorbereitung zur Bluttransfusion zu gewinnen, die dann unbedingt anzuschließen ist. Ob die Infusion von defibriniertem Blut ebenso zu empfehlen ist, erscheint trotz der günstigen Resultate der wenigen Tierexperimente fraglich, da die Ergebnisse anderer Autoren die Verwendung von frischem defibrinierten Blut gefährlich erscheinen lassen, und andererseits durch Aufbewahrung die Lebensfähigkeit der Blutzellen leidet. Robert Stern (Offenbach).

10) **W. St. Halsted** (Baltimore). **Ligatur- und Nahtmaterial, Gummihandschuhe, Guttapercha und Silberfolie.** (Journ. amer. med. assoc. 1913. Nr. 15. p. 1119.)

H. verwirft Catgut als Naht- und Unterbindungsmaterial, für das er ausschließlich feinste, schwarze Seide benutzt. Die Unterbindungen werden stets um Abgleiten zu vermeiden angestochen. Befürwortung von Gummihandschuhen für Operateur und Assistenz. Frische Wunden werden mit Silberfolie bedeckt, Granulationen mit Guttapercha. Schottelius (Hamburg).

11) **P. Mallet** (Neuyork). **Eine anatomische Ligaturklemme.** (Journ. amer. med. assoc. 1913. Nr. 16. p. 1226.)

Neues Modell einer nach Art der Shoemaker'schen Ligaturklemme wirkenden Unterbindungsklemme, die nach Angabe M.'s Unterbindungen in der Tiefe sicher und schnell ermöglicht. Schottelius (Hamburg).

12) **David Hadden** (Oakland). **Ein Eingeweidedepressor.** (Journ. amer. med. assoc. 1913. Nr. 12. p. 897.)

Bajonettförmig gebogene Klemme, zwischen deren Schenkeln eine Gummimembran gespannt ist. Bei Schluß der Bauchhöhle hält das Instrument, gespreizt, die Därme zurück und wird dann geschlossen herausgezogen.

Schottelius (Hamburg).

13) **Miller-Kahn** (Neuyork). **Eingeweidedepressor bei Schluß der Laparotomiewunden zu gebrauchen.** (Journ. amer. med. ossac. 1913. Nr. 12. p. 897.)

Dem obigen analoges Instrument, das aus einer gebogenen Kornzange improvisiert ist. Schottelius (Hamburg).

14) **Samuel W. Bandler** (Neuyork). **Vaginale Chirurgie.** (New York med. journ. 1913. Nr. 16. p. 797.)

Schilderung der Technik verschiedener vaginaler Operationen:

1) Dührssen-Bandler'sche Operation: Vordere Kolpotomie in T-Form, Resektion der Cervix und beider Scheidengewölbe, Fixation des Uterus am Lig. latum oder Lig. infundibulopelvicum. Ausgiebige Kolpoperineorrhaphie mit Levator ani-Naht.

2) Sicherung der Diagnose auf ektopische Gravidität durch vordere Kolpotomie; bei nicht rupturierter Tube wird auch die Operation vaginal ausgeführt. Läßt sich die Tube infolge ihres Volumens nicht hervorluxieren, so wird sie punktiert und dann hervorgezogen.

3) Vaginale Hysterektomie mit oder ohne Spaltung bzw. Morcellement des Uterus, desgleichen mit Anlegen von Klemmen an Parametrium und Ligamentstümpfe. Um eine Cystokele zu vermeiden, sucht B. die Blase durch Vereinigung der beiderseitigen Ligamentstümpfe zurückzuhalten.

Schottelius (Hamburg).

Digitized by Google

15) **J. B. Deaver** (Philadelphia). **Die Hysterektomien eines Jahres.** (Amer. journ. of the med. sciences 1913. April.)

In mehr als der Hälfte der 109 Fälle gab Myom die Indikation zur Operation. Recht häufig war diese Erkrankung mit anderen Veränderungen der Beckenorgane vergesellschaftet, nämlich 40mal mit chronischer Endometritis, 36mal mit chronischer Salpingitis, je 16mal mit chronischer Metritis und chronischer Oophoritis, 9mal mit Ovariencyste und einmal mit akuter Salpingitis. Es deuten deshalb Beschwerden bei Vorhandensein eines Fibroms stets auf andere noch vorhandene Komplikationen im Unterleib hin. Die mechanischen Störungen, welche bei unregelmäßigem Wachstum des myomatösen Uterus auftreten, können leicht einen Zustand herabgesetzter Gewebsernährung des Endo- und Myometriums herbeiführen und damit eine verminderte Widerstandsfähigkeit gegen Infektion schaffen. Durch die Furcht vor dem Auftreten degenerativer Prozesse beim Myom hat sich Verf. zur Totalexstirpation nicht veranlaßt gesehen. Unter 345 Myomfällen wurde in 11% hyaline, in 3,6% cystische und ebenso oft hämorrhagische, in 2,4% Kalk- und in nur 1,2% sarkomatöse Degeneration vorgefunden. Die Annahme, daß Myom zu Korpuskarzinom prädisponiert, besteht zu Recht. Wenn ein Myom in irgendwelcher Weise Komplikationen hervorruft, soll es sofort entfernt werden und es darf nicht gewartet werden, bis die Menopause eintritt, denn die Komplikationen werden nach Eintritt derselben eher größer. Die Röntgentherapie ist für tiefsitzende Tumoren effektlos. Wegen Karzinoms wurde je eine Operation auf acht ausgeführt. Sehr bedauerlich ist, daß noch immer von den Pat. viel zu lange gewartet wird, bis sie den Arzt aufsuchen. Bei den Cervixkarzinomen war seit Auftreten der Symptome durchschnittlich 1 Jahr verflossen, bei den Korpuskarzinomen sogar 2 Jahre 7 Monate, in 2 Fällen selbst 4 Jahre. Verf. ist der Ansicht, daß er tatsächlich nur die Karzinomfälle geheilt hat, bei denen die Krankheit noch nicht deutlich in Erscheinung getreten war. Schmerzen waren nur in 3 von 14 Fällen vorhanden gewesen, während stets unregelmäßige Blutungen das Frühsymptom bildeten. Die jüngste Pat. war 26 Jahre alt. Wenn der Hausarzt immer darauf bestände, daß einer unregelmäßigen Uterinblutung ganz auf den Grund gegangen wird, so könnten viele Fälle noch gerettet werden. 13mal wurde der Uterus wegen unregelmäßiger oder schwerer Blutungen entfernt; 11mal davon bestand chronische Endometritis (darunter 5mal in hyperplastischer Form, die einmal bis zu Adenom vorgeschritten war) und 2mal bestanden Polypen. Alle diese Fälle wurden geheilt, und Verf. glaubt, daß die Operation wohl am Platze war wegen des Karzinomgespenstes; denn bei ausgebrochener Krankheit ist er in bezug auf Dauerheilung Pessimist. Außerdem hat allmählich die Operation einen hohen Grad von Lebenssicherheit bekommen; die Mortalität beträgt $^1/_{10}$%. Sieber (Berlin-Schmargendorf).

16) **Robert F. Frank** (Neuyork). **Kontraindikationen gegen Curettage.** (New York med. journ. 1913. Nr. 16. p. 808.)

In 2000 Fällen gewonnene Erfahrungen, deren Mitteilung für allgemein praktizierende Ärzte bestimmt ist.

Bei Verdacht auf kriminell eingeleiteten Abort tut der Arzt am besten, die Pat. klinischer Behandlung zu überweisen. F. vertritt bei Behandlung fieberhafter Aborte im allgemeinen Winter's Standpunkt und will die Curette in derartigen Fällen nur selten und vorsichtig angewandt wissen. Absolute Passivität ist sicherlich weniger gefährlich als vorsichtigste Abrasio.

Spontane Aborte sollen nur bei starker Blutung intrauterin tamponiert die Ausstoßung der Eiteile möglichst der Natur überlassen werden, wobei

Digitized by Google

Morphium und Ergotin nach Bedarf gegeben werden kann. Deciduareste sollen ruhig der spontanen Rückbildung oder Ausstoßung überlassen bleiben.

Eine Curettage zur Entfernung von Placentarresten post partum wird prinzipiell abgelehnt, desgleichen Abrasio bei Verdacht auf Extraunteringravidität.

Bei 50 von 200 Pat. (25%), die post abortum curettiert waren, traten Adnex- und Parametriumentzündungen ein, bei 200 im gleichen Falle nicht curettierten nur in 12%.

Auch bei vermehrter uteriner Sekretion und Sterilität sollte die Indikation zur Abrasio nur selten gestellt werden. Leukorrhöe beruht meist auf cervicalen Anomalien, und bei Sterilität ist die Dilatation der Cervix von größerem Wert als die Abrasio.

Dagegen soll in allen Fällen von Menorrhagien und Metrorrhagien, prä- und postklimakterischen Hämorrhagien die Abrasio aus diagnostischen wie therapeutischen Gründen vorgenommen und eine histologische Untersuchung nie unterlassen werden, sofern nicht rezente Entzündungsprozesse den Eingriff absolut kontraindizieren. Schottelius (Hamburg).

17) **P. Z. Herbert** (Neuyork). **Verbesserte Spekula.** (New York med. journ. 1913. Nr. 15. p. 756.)

Zur vaginalen Applikation von Flüssigkeiten empfiehlt H. ein Röhrenspekulum aus Aluminium, das an seinem Ende eine Delle trägt, mit der die Portio in die Höhe gedrängt werden soll.

Papillome und sonstige Exkreszenzen der Vagina entfernt H. mit Hilfe eines durchlöcherten Spekulums. Schottelius (Hamburg).

18) **Ch. G. Child** (Neuyork). **Perineorrhapie mit 8er-Nähten.** (Journ. amer. med. assoc. 1913. Nr. 12. p. 894.)

Vaginalnähte wie üblich. Statt versenkter Nähte und resorbierbaren Nahtmaterials werden vom Damm aus einzelne Knopfnähte aus Silkworm in Achtertouren durch Haut, Levator ani, Transversus perinei, Haut gelegt und mäßig stark angezogen. Entfernung der Nähte am 10. Tage.

Vorteile: Gute primäre Heilresultate, Vermeidung »toter Räume«, weniger Nähte, Anwendung starker, sicher steriler, nicht resorbierbarer Nähte.

Schottelius (Hamburg).

19) **G. Taft Pilcher** (Brooklyn). **Postoperative Magen-Darmlähmung.** (Med. record 1913. März 1.)

Die akute, postoperative Magendilatation ist häufiger als im allgemeinen angenommen wird, ihre Mortalität ist hoch (Nicoll's 225 Fälle mit 65—70% Mortalität. Verf.s 65—70 selbstbeobachtete Fälle mit 5%). Seine guten Resultate führt P. auf die seiner ätiologischen Auffassung des Krankheitsbildes entsprechende Behandlung zurück. Mechanische Abknickung des Duodenums durch das kurze Mesenterium wird abgelehnt, und die Lähmung des Magens als primär aufgefaßt. Dafür sprechen Obduktionsbefunde Nicoll's, der nur in einem Drittel der tödlich verlaufenen Fälle eine Kompression des Duodenums feststellen konnte. In einer Reihe von Fällen war die Magendilatation sogar als Folge einer anatomisch gut funktionierenden Gastroenterostomie tödlich verlaufen.

Jeder primär gelähmte Teil des Tractus intestinalis kann die Magendilatation nach sich ziehen. Für eine Ätiologie nervöser Erschöpfung durch Trauma oder reflektorische Impulse sprechen auch Experimente Cannon's und Murphy's, Braun's und Seidel's, denen zufolge Splanchnicusreizung die Peristaltik lähmt, und Vagusdurchtrennung durch Aufhebung des Brechreflexes zu Magendilatation führt. Symptome bekannt.

Digitized by Google

Prophylaxe: Entleerung der Därme vor der Operation und intramuskuläre Injektion von 20,0—40,0 ccm Hormonal, Vermeidung von Zerrungen der Abdominalorgane, rektale Einläufe post op.

Therapie: Sofortige, wiederholte und prolongierte Magenausspülungen mit Na. bicarbon.-Lösungen. Rektale Einläufe mit Terpentin und Milchsirup. Subkutan Eserin und intravenös Hormonal 20—40, aber erst wenn der Magen entleert ist. Gegen den Durst rektale Instillationen. Wenn angängig Knie-Ellbogenlage.

Operative Behandlung (Gastroenterostomie) ist toto limine abzulehnen.

Schottelius (Hamburg).

20) **H. A. Duncan** (Philadelphia). **Postoperative Magendilatation.** (New York med. journ. 1913. März 8.)

Letal verlaufener Fall einer Pat., bei der Cholecystotomie und Fixation der rechten Niere ausgeführt war. Exitus am 7. Tage.

Die Pat. hatte der Beschreibung nach schon vor der Operation eine Attacke von akuter Magendilatation. Auffallenderweise sind bei der Behandlung des Ileus die Magenspülungen unterblieben. Schottelius (Hamburg).

21) **E. H. Poole** (Neuyork). **Systematische Übungen nach Operationen.** (Journ. amer. med. assoc. 1913. Nr. 16. p. 1202.)

Wenn es die Wundverhältnisse irgend gestatten, rät P. nach Operationen, speziell auch gynäkologischen Laparotomien am 3. Tage p. op. mit Bewegungen, Beugen und Strecken der Hände, Finger, Füße und Extremitäten usw. zu beginnen bei gleichzeitiger Innervierung der betreffenden Antagonisten. Die Übungen, die ungefähr 5 Minuten beanspruchen, sollen 3mal täglich ausgeführt werden und haben, wie Verf. sich persönlich nach einer Appendektomie überzeugte, eine Verkürzung der Rekonvaleszenz zur Folge; die Zirkulation wird im Sinne einer Thrombosenprophylaxe belebt und der allgemeinen Muskelschwäche vorgebeugt.

Schottelius (Hamburg).

22) **L. Freeman** (Denver). **Ratschläge für Pat. bei Verlassen des Hospitals nach chirurgischen Eingriffen.** (Journ. amer. med. assoc. 1913. Nr. 15. p. 1133.)

Die in neuerer Zeit allgemein durchgeführte Verkürzung des Krankenhausaufenthalts nach Operationen zwingt den Arzt, seine Pat. mit entsprechenden Belehrungen über die weitere Rekonvaleszenz zu entlassen, die sich auf allgemeine Hygiene, regelmäßige Darmentleerung, Diät, Vermeidung übertriebener geselliger Zerstreuungen ebenso wie übertrieben ängstlicher Schonung, ausreichenden Schlaf usw. erstrecken und dem speziellen Fall, der sozialen Lage, allgemeinem Kräftezustand angepaßt sein müssen. Schottelius (Hamburg).

Mamma.

23) **Edward P. Davis** (Philadelphia). **Die Vorbereitung zum Stillen und die Sorge für die stillende Mutter.** (Amer. journ. of obst. and dis. of w. and children 1913. Januar. p. 178.)

Allgemeine Auseinandersetzungen über Brustpflege, die nichts Neues bringen. Für eine nicht seltene Ursache mangelhafter Brustdrüsenfunktion hält Verf. den Hypothyreoidismus und empfiehlt in solchen Fällen Verabreichung von Schilddrüsentabletten. Überhaupt scheinen Gleichgewichtsstörungen in den Beziehungen der ausführungslosen Drüsen untereinander eine der häufigsten Ursachen mangelhafter Milchproduktion zu sein, und es wird darauf ankommen, durch

Digitized by Google

Zufuhr mangelhaft gebildeter Sekrete Abhilfe zu schaffen. (Nähere Angaben fehlen.)

Für die stillende Mutter wird die Anwendung allgemeiner Tonika, wie Strychnin empfohlen. Die Kost soll leicht verdaulich, eiweißreich und reich an Fruchtzucker wie vegetabilischem Fett gewählt werden. Malz mit oder ohne Alkohol wird wegen Störung der Verdauung gefürchtet. Als bestes Stimulans wird Arsen bezeichnet.

Jaschke (Gießen).

24) **M. H. Fussell (Philadelphia). Methoden zur Förderung und Kontraindikationen gegen das Stillen.** (Amer. journ. of obst. and dis. of w. and children 1913. Januar. p. 183.)

Keine höhere Pflicht gibt es für die Mutter als ihr Kind selbst zu stillen. Das muß jeder Mutter klargelegt werden, wenn man in der Stillpropaganda Erfolg erzielen will. Die meisten von den Frauen angeführten Gründe für die Unterlassung des Stillens sind nicht stichhaltig. (Es werden die bekannten Einwände widerlegt.) Verf. meint übrigens, daß eine wirkliche physische Stillunfähigkeit immer noch häufig genug vorkommt. Die Stillpausen werden nur auf 2 Stunden begrenzt (!?).

Jaschke (Gießen).

25) **Barton Cook Hirst. Krankheiten der Brust, die keine Kontraindikation gegen das Stillen bilden. (Vereinigte Sitzung der pädiatrischen und geburtshilflichen Gesellschaft zu Philadelphia, 9. April 1912).** (Amer. journ. of obst. and dis. of w. and children 1913. Februar. p. 188.)

Als solche werden angeführt: Leichte, nicht eitrige Mastitis, gutartige Tumoren, Hypertrophie der Brüste, Rhagaden. Selbst bei letzteren gelingt es trotz der großen Schmerzhaftigkeit des Saugens durch ein passendes Warzenhütchen, z. B. Infantibus, das Stillen durchzuführen. Die Hypertrophie der Brüste wird durch das Stillen am besten zum Verschwinden gebracht.

Jaschke (Gießen).

26) **H. Beer (Wien). Über Stillschwierigkeiten und deren Behandlung.** (Wiener klin. Wochenschrift 1912. Nr. 47.)

Von seiten des Kindes besteht das häufigste Hindernis in der Trinkfaulheit, die auf eine ungenügende Entwicklung des Trinkreflexmechanismus zurückgeführt werden muß. Durch Regehalten des Reflexes beim Saugen mit irgendwelchen Hautreizen läßt sich diese Schwierigkeit meist überwinden. Ferner ergeben sich in den ersten Tagen Stillschwierigkeiten, wenn das Kind bloß die Warze und nicht auch den Warzenhof mit den Lippen umfaßt. In diesen Fällen soll dem Kinde beim Schreien die Warze tief in den Mund eingeführt werden.

Von seiten der Mutter besteht die häufigste Stillschwierigkeit in der ungenügenden Milchsekretion. Fehlt es nicht an der nötigen Drüsensubstanz, so pflegt reichliche Ernährung (Milch, Bier) und Bewegung in sauerstoffreicher Luft diesen Zustand zu bessern. Eine anscheinend nicht bekannte Ursache konnte Verf. neuerdings an drei Fällen feststellen. Es handelt sich um Frauen mit prall gefüllten Brüsten, die Milch floß über und die Kinder bekamen doch nichts. Da er diese Beobachtungen nur an neurasthenischen Frauen machte, so nimmt er an, daß es sich dabei um eine Störung des Reflexvorganges im Verschluß der Drüsenausführungsgänge handelt. Es erfolgt nicht wie gewöhnlich bei dem Saugreiz eine Relaxion, sondern eine Kontraktion der Muskeln der Ausführungsgänge der Milchdrüse. Verf. bezeichnet den Vorgang als Hypogalactica paradoxa und stellt ihn in Analogie mit der spastischen Obstipation der Neurastheniker. Die Verabfolgung

Digitized by Google

von Brompräparaten und feuchtwarme Einpackungen der Mamma kurz vor und während des Stillens hatten guten Erfolg. Linzenmeier (Berlin).

27) **J. Cervenka** (Prag). **Krupöse Pneumonie bei einer Stillenden. Kollaps und deliranter Zustand während der Lysis.** (Festschrift für Prof. Thomayer 1913. p. 21—25. [Böhmisch.])

Beschreibung eines Falles, der gezeigt hat, daß die Laktation den Verlauf der Pneumonie stört; die Pat. bekam einen Kollaps schon in der Besserungsperiode mit nachfolgendem, delirantem Stadium (24 Stunden), was sich — während der lytisch fortschreitenden Besserung — vielleicht auf die Resorptionsvorgänge des Exsudates zurückführen läßt. Jar. Stuchlík (München).

28) **Grigoriu Cristea** und **B. Aschner** (Bukarest). **Experimentelle Studie über die Milchsekretion.** (Revista stiintzelor med. 1912. Dezember.)

C. hat in Verbindung mit Donk durch parabiotische Vereinigung eines schwangeren und eines nichtschwangeren Tieres nachweisen können, daß nach der Geburt auch bei dem nicht schwangeren Milchsekretion auftritt, als Beweis, daß dieselbe durch eine im Blute kreisende Substanz hervorgerufen wird und keineswegs unter dem Einfluß des Nervensystems steht, wie von einigen Forschern angenommen wurde; denn bei den symbiotischen Tieren besteht wohl eine zirkulatorische, aber keine nervöse Verbindung untereinander.

Um näheren Aufschluß über die Substanz, welche die Milchsekretion hervorruft, zu erhalten, wurden Placentaextrakte Meerschweinchen, die geboren und anderen, die noch nicht geboren hatten, eingespritzt, und es wurde in beiden Fällen reichliche Milchabsonderung erzielt. Gleiche Resultate wurden durch Injektion von Fötusextrakt erzielt, wodurch also festgestellt wurde, daß sowohl die Nachgeburt, als auch der Fötus die Eigenschaft besitzen, Milchsekretion hervorzurufen.

Die Untersuchungen, welche in analoger Weise mit verschiedenen chemischen Substanzen des Körpers, wie Cholesterin, Lezithin, Cholin usw., vorgenommen wurden, haben negative Resultate ergeben, falls es sich um virginale Tiere handelte, aber positive bei solchen, die bereits geboren und gesäugt hatten. Ähnlich verhielt sich auch das Trypsin, das Pepton und die Nukleinsäure.

Die Extrakte vom Eierstock haben obige Eigenschaften in viel geringerem Maße, während diejenigen vom Corpus luteum vollkommen unwirksam sind. Die Annahme also, daß das Corpus luteum eine innere Sekretion besitzt, welche die Milchsekretion stimuliert, muß als unrichtig bezeichnet werden.

Die oben erwähnten Einspritzungen von Placentar- und Fötalextrakt, weniger von Ovarialextrakt, bewirken nicht nur eine Hypertrophie der Milchdrüse mit Abscheidung von Milch, sondern auch histologische Veränderungen, bestehend in kapillärer Hyperämie, Erweiterung und Vermehrung der Drüsenkanäle.

Auch sonstige, für die Schwangerschaft charakteristische Veränderungen wurden mit den erwähnten Einspritzungen erzielt. E. Toff (Braila).

29) **M. Letulle** (Paris). **Die gutartigen Tumoren der Mamma.** (Revue de gynéc. 1912. Hft. 5 mit 35 Textabbildungen u. 2 farbigen Tafeln.)

In exstirpierten, gutartigen Mammatumoren und in ihrer Umgebung finden sich häufig atypische Befunde, welche bisher vielfach übersehen worden sind. Der Verf. hält die Orceinfärbung und die Färbung mit Eosin für besonders geeignet zum Studium dieser Verhältnisse. Man findet an den Milchgängen totale Oblitera-

Digitized by Google

tion, wohl angeborenen Ursprungs, Stenosen und partielle Verschlüsse, die sowohl vom Schleimhautbindegewebe als vom Epithel ausgehen — erworben auf Grund von Entzündung in früher Entwicklungszeit — und schließlich als Folgezustände davon Ektasien der Milchgänge. Ausgezeichnete Abbildungen erleichtern das Verständnis dieser Dinge ungemein. Küster (Breslau).

30) **F. W. Bukoemsky. Über die Therapie der chronischen Metritis mit Mamminum-Poehl.** (Journ. für Geburtshilfe u. Gynäkologie 1912. p. 1100. [Russisch.])

In 15 Fällen von sog. Metritis chronica bzw. Metropathia haemorrhagica (Pankow), in denen voraussichtlich sklerotische Veränderungen der Gefäße vorlagen, und bei denen selbst wiederholte Ausschabungen und die Medikation mit den verschiedensten Sekalepräparaten versagten, hat B. Mamminum-Poehl teils subkutan, teils intern angewandt und in allen Fällen beste Erfolge erlebt. Die meisten Kranken standen im Alter von ca. 40 Jahren; doch auch bei einigen jüngeren Kranken, selbst bei einem Mädchen von 14 Jahren mit starken Menorrhagien gingen nach 1—2monatiger Anwendung von Mamminum die profusen Blutungen in regelmäßige, kurzdauernde Regeln über, und bei einigen älteren Pat. wurde sogar Amenorrhöe erreicht. — Nur in einem von diesen 15 Fällen versagte auch das Mammin, und hier mußte schließlich eine Korpusamputation ausgeführt werden.

G. Bohnstedt (St. Petersburg).

Vulva und Vagina.

31) **Alexander Pauncz (Budapest). Ein Fall von Scheidenkrebs, erfolgreich operiert durch peritoneale Exstirpation des ganzen Genitalapparates und des Rektum.** (Orvosi Hetilap, Gynaekologia 1912.)

Eine Dauerheilung des Krebses der hinteren Scheidenwand ist durch partielle Exzision kaum zu erhoffen. Die Radikaloperation hat Pryor auf abdominoperinealem Wege ausgeführt; P. schlug den peritonealen Weg ein. Er vernähte vorerst, nach zirkulärer Umschneidung der Scheide, den Scheidensack und den Anus, eröffnete durch einen Medianschnitt des Hinterdammes, nach Exstirpation des Steißbeins das Cavum pelvis superperitoneale, präparierte dann von unten die Scheide heraus und brachte nach Ablösung der Blase und der Ureteren den Uterus ins Gesichtsfeld. Nach Versorgung der Parametrien und Auslösung des Rektum zog er das S romanum in die Perinealwunde und legte so nach Exstirpation der freipräparierten Organe einen Anus sacralis an. Die gesetzte Hautwunde wurde, bis auf eine Drainage am hinteren Rande, verschlossen. Der Heilungsprozeß ging ungestört vor sich, und es blieb zwischen Urethra und Anus eine lineale Narbe zurück. Die Operation führte P. in Sakralanästhesie aus.

Temesváry (Budapest).

32) **A. Babesch und I. Buia (Bukarest). Ovariale Opotherapie in der Behandlung des Pruritus vulvae.** (Spitalul 1913. Nr. 2.)

Die Verff. sind der Ansicht, daß der Pruritus vulvae, welcher oft bei älteren Frauen im Verlauf des Klimakteriums auftritt, auf Ovarialinsuffizienz zurück-

Digitized by Google

zuführen ist und haben dementsprechend die Behandlung einschlägiger Fälle mit Extrakt von Corpora lutea durchgeführt. Die Resultate waren sehr gute, und es sollten also auf diesem Gebiete weitere Beobachtungen gesammelt werden. Die Erklärung dieses Pruritus würde in vaskulären Veränderungen, hervorgerufen durch die insuffizienten Eierstöcke, zu suchen sein. E. Toff (Braila).

33) **Slingenberg** (Amsterdam). **Vulvovaginitis bei Kindern.** (Nederl. Maandschr. v. Verlosk. en Vrouwenz. en v. Kindergeneesk. 1912. Nr. 3.)

Anläßlich zweier Fälle von Vulvovaginitis bei Mädchen von bzw. 5 u. 14 Jahren erörtert Verf. die Möglichkeit der Streptokokkeninfektion; ob dieselbe auf endo- oder ektogenem Wege erfolgt, will er nicht entscheiden. Im Ausstrichpräparat sahen diese Streptokokken den Gonokokken sehr ähnlich; sie lagen jedoch zumeist extrazellulär, waren nicht intensiv gefärbt und hatten keinen charakteristischen helleren Hof, dabei waren sie Gram-positiv. Die Züchtung ergab nichthämolytische Streptokokken in Reinkultur. Die Entzündung heilte nach einigen Instillationen mit 2%iger Argent. nitric.-Lösung schnell aus. Vielleicht würde man bei genauer Untersuchung in einer ziemlich großen Prozentzahl der Vulvovaginitiden bei Kindern Streptokokken als Krankheitserreger auffinden.
Van Hoytema (Leiden).

34) **A. Velibril** (Prag). **Vulvovaginitis im Kindesalter.** (Casopis ceskych lékaruo 1913. Nr. 7. [Böhmisch.])

Autor berichtet über 28, in dem Ambulatorium der böhmischen Kinderklinik behandelte Fälle von Ausflüssen aus Genitalien kleiner Mädchen, von welchen 23 gonorrhoischer Natur, 3 durch Masturbation bedingte, 1 Kondylom, (Lues) und 1 von Oxyuris verursacht waren. Akquirierung meistens durch Mitschlafen mit Müttern (16 Mädchen im Alter von 1—5 Jahren); behandelt mit Bettruhe und Hypermanganwaschungen, eventuell in ernsteren Fällen mit Protargol (keine Vaginalspülungen!). Erfolg meist rasch, nur bei manchen gonorrhoischen Erkrankungen zögernd. Jar. Stuchlík (München).

35) **Ch. Audry** (Toulouse). **Über die vulvovaginalen Dyspareunien (falscher und wahrer Vaginismus).** (Prov. méd. 1913. Nr. 18.)

Verf. unterscheidet zwischen falschem und wahrem Vaginismus. Der erstere ist hervorgerufen durch schmerzhafte Vulvitiden, die selten gonorrhoisch, meist anderer Natur sind. Dazu gehört auch die Vulvitis der jungen verheirateten Frauen, die meist wieder nach wenigen Tagen verschwindet. Der Vaginismus verschwindet mit Heilung der Vulvitis. Unabhängig von einer Vulvitis unterscheidet er vulväre Neuralgie von dem wahren Vaginismus. Die erstere dokumentiert sich durch dauernde Schmerzen, der letztere durch Schmerzen nur bei Berührung oder beim Koitus. Bei der vulvären Neuralgie ist nach Anästhesierung der Koitus möglich. Die Behandlung des wahren Vaginismus soll nicht lokal, sondern nur psychisch sein. Hohl (Bremerhaven).

36) **A. van Cauwenberge** (Gand). **Thrombus und Hämatom der Vulva und Vagina.** (Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. 8. Jahrg. Nr. 3.)

Die Thromben und Hämatome der Vulva und Vagina sind seltene Vorkommnisse, meist entstehen sie im Verlaufe der Schwangerschaft, oder in der Geburt.

Digitized by Google

Man unterscheidet infrafasciale und suprafasciale Hämatome oder beide kombiniert. Ein Fall letzterer Kategorie wird vom Verf. mitgeteilt. Das Hämatom wurde am Tage nach einer spontanen Entbindung konstatiert. Dasselbe wurde nach einigen Tagen inzidiert, die Höhle mit Jodoformgaze tamponiert. Heilung in 3 Wochen. Die Ätiologie ist in diesem Falle unklar.

Hohl (Bremerhaven).

37) **M. Broccha** (Liège). **Bildung einer künstlichen Scheide und Bericht über einen Fall von vaginaler Transplantation des Dünndarms.** (Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. 8. Jahrg. r. 4.)

In der vorliegenden Arbeit werden sämtliche Methoden der Bildung einer künstlichen Vagina einer Kritik unterzogen. Die beste Methode ist nach dem Verf. diejenige von Baldwin. Der Gang ist kurz folgender: Transversale Inzision (4 cm) im Niveau des Hymens. Durchtrennung des Gewebes bis zum Douglas. Laparotomie. Resektion einer 25 cm langen Dünndarmschlinge, die mit dem Mesenterium in Zusammenhang bleibt. Dieselbe wird durch seitliche Schnitte in das Mesenterium beweglich gemacht. Schluß der Enden der Schlinge durch Naht und Vereinigung der Enden des zurückbleibenden Darmes. Herabziehen der Mitte der Schlinge durch eine Öffnung im Douglas. Öffnung der Schlinge an dieser Stelle und Vereinigung der Ränder dieser Öffnung mit den Wundrändern der Haut. Gleich gut ist die Modifikation von Mori, welcher das eine Ende einer 8 cm langen Schlinge mit den Hautwundrändern vereinigt. Weniger gut ist die Methode von Schubert, welcher das untere Ende des Rektums zur Bildung der Scheide benutzt. Verf. berichtet über einen nach Baldwin mit gutem Erfolg operierten Fall.

Hohl (Bremerhaven).

38) **Georg Katz** (Berlin). **Zur Behandlung des Ausflusses der Frau.** (Berliner klin. Wochenschrift 1913. Nr. 17.)

Spülungen kann man nicht ganz entbehren. Am besten ist eine abwechselnde Methode zu befolgen. Weicht der Ausfluß auf Irrigationen nicht, dann tritt die Behandlung mit Lenicet-Bolus, verstärkt durch Peroxyd-, Silber- oder Jodzusatz in ihr Recht. Die Applikation des Pulvers hat der Arzt selbst vorzunehmen.

H. Fuchs (Danzig).

39) **Scharfe** (Coethen). **Der Scheidentrockner.** (Berliner klin. Wochenschrift 1913. Nr. 9.)

Der Sikkator (Nassauer) ist zu teuer und zu leicht zerbrechlich. Verf. ließ daher den alten Kehlkopfpulverbläser aus starkem Glase herstellen und modifizierte ihn entsprechend seiner vaginalen Anwendungsart.

H. Fuchs (Danzig).

Originalmitteilungen und Referate für das Zentralblatt wolle man an *Prof. Dr. W. Stoeckel* in Kiel, Monographien, Sonderdrucke und Bücher-sendungen an *Prof. Dr. W. Stoeckel* oder an die Verlagshandlung von *Johann Ambrosius Barth*, Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. W. Stoeckel in Kiel.

Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Digitized by Google

Zentralblatt für Gynäkologie

begründet von HEINRICH FRITSCH

herausgegeben von

WALTER STOECKEL in Kiel.

37. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 32. Sonnabend, den 9. August 1913.

Inhalt.

Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Wien.

Originalien: I. A. Mayer, Über die klinische Bedeutung des Abderhalden'schen Dialysierverfahrens. — II. Naeke und Less, Kritische Bemerkungen zur Schnellentbindung bei der Eklampsie mit einem Beitrag zur Aderlaßtherapie der Eklampsie. — III. Rudolph, Über artifizielle Scheidendammdehnungen intra partum.

Neue Bücher: 1) Tandler und Grosz, Biologische Grundlagen der sekundären Geschlechtscharaktere. — 2) Guttmann, Medizinische Terminologie.

Berichte: 3) Geburtshilflich-gynäkologische Gesellschaft in Wien.

Lihotzki, Myosarkom; interstitielle Graviditāt; Prolaps bei virginalem Genitale. — Schottländer, Schwangerschaftsdauer. — v. Graff, Karzinomatöser Uteruspolyp. — Patek, Dünndarmsarkom.

4) Geburtshilfliche Gesellschaft zu Hamburg.

Prochownick, Hebosteotomie und Forceps; Bericht über den Gynäkologentag in Halle.

5) Gynäkologische Gesellschaft zu Budapest.

Petö, Wertheim'sche Operation. — v. Kubinyi, Akute Miliartuberkulose; Sarcoma uteri; Thrombose und Embolie bei Gebärmutterkrebs; Totalexstirpation der Gebärmutter bei Peritonitis. — Scherer, Genitaltuberkulose; retroperitonealer Tumor. — Bogdanovics, Graviditāt bei Uterus bicornis; angeborene Gynatresie.

Radiologie: 6) Christen, Röntgenstrahlen. — 7) Bordier, Wirkung der verschiedenen Strahlen. 8) Falta, Wirkung der strahlenden Materie. — 9) Meidner, Gynäkologische Röntgentherapie. — 10) Hoffmann, Gebärmutterfibromyome. — 11) Mannaberg, Röntgenbestrahlung der Ovarien. 12) Meidner, Mesothorbestrahlung. — 13) Voigts, Mesothorium als Röntgenstrahlenersatz. — 14) Krause, Thorium X- und Röntgenstrahlen.

Darm: 15) Jackson, Retrocoecale Appendicitis. — 16) Hauch, Spätblutungen bei Appendicitis. — 17) Eastmann, Fötale Peritonealfalten. — 18) Connell, Anomalien. — 19) Burrowsy, 20) Williams, Rektalerkrankungen. — 21) Bachmann, 22) Leigh-Watson, Hämorrhoidaloperationen.

Allgemeine Geburtshilfe: 23) Voigt, Abwartende Geburtshilfe. — 24) Ekstein, Moderne klinische Geburtshilfe. — 25) Boss, Geburtenstatistik. — 26) Stratz, Schwangerschaftsstreifen. — 27) Kreisch, Missed labour. — 28) Pellisier, Blutviskosität. — 29) Sosier, Blutreaktion.

Narkose und Anästhesie. 30) Gann und Mann, Herzüberanstrengung. — 31) Hecht und Nobel, Elektrokardiographische Studien. — 32) Lavandera, Narkotiseure. — 33) v. Brackel, Leberatrophie. — 34) Smith, Äthernarkose. — 35) Connell, Ätherverdampfungsapparat. — 36) Falk, Dampfnarkose. — 37) Wolfsohn, Lumbalpunktionsnadel. — 38) v. Gaza, Gewebsnekrose und Arrosionsblutung bei Infiltrationsanästhesie.

Neugeborenes: 39) Jaroschy, Chondrodystrophische Zwerge. — 40) Maas, Vorderarmsynostose. 41) Frank, Praxisseltenheiten. — 42) Lewy, Angeborene Skoliose. — 43) Hauser, Vierlinge und Vierlingsmütter. — 44) Volmat, Zwillingsplacenta. — 45) Bondy, Gewicht des Neugeborenen. — 46) Weidenbaum, Blennorrhoeprophylaxe.

Digitized by Google

LXXXV. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Wien.

21.—26. September 1913.

Für die mit dem Stern bezeichneten Vorträge ergehen auch an andere Sektionen Einladungen.

Für die gynäkologische Sektion sind bisher folgende Vorträge angemeldet:

1. *Sellheim (Tübingen): a) Geburtsmechanik und Entwicklungsmechanik.*)*
   b) Demonstrationen.
2. *Frankl (Wien): a) Über Analogien zwischen Mäusekrebs und Menschenkrebs.*)*
   (Mit Demonstration von Präparaten und Autochrom-Mikrophotographien.)
   b) Zur Kenntnis der strumösen Terablastome des Ovariums.
3. *v. Graff (Wien): a) Schwangerschaft und maligne Tumoren.*
   b) Die interstitielle Eierstockdrüse in ihrer Stellung zu den anderen Drüsen mit innerer Sekretion.
   c) Demonstration zur Technik der vaginalen Röntgenbestrahlung.
4. *Jaschke (Gießen): Untersuchungen über die Funktion der Nieren in der Schwangerschaft.*
5. *Falgowski (Posen): Konservative Tendenz bei der Operation des Uterusmyoms.*
6. *Gunsett: Über gynäkologische Röntgenbestrahlung.*
7. *Schottlaender (Wien): a) Zur Frage der Eierstocksendotheliome.*
   b) Ein bösartiger epithelialer Tumor bei einem $9^1/_2$jährigen Mädchen.
   c) 5 Jahre pathologisch-anatomischer Laboratoriumstätigkeit.
8. *Hofmeier (Würzburg): Über Schädelimpressionen bei Neugeborenen und ihre Behandlung.*
9. *Eisler und Köhler (Wien). Zur Röntgenbehandlung in der Gynäkologie.*
10. *Tuszkai (Marienbad): Attribute eines Frauenkurortes.*
11. *Kroemer (Greifswald): a) Zur Entstehung von Scheidenstrikturen und deren Behandlung.*
    b) Demonstrationen.
12. *Rübsamen (Dresden): Klinisch-experimentelle Untersuchungen über die Beeinflußbarkeit der motorischen Uterusfunktionen durch Narkotika.*
13. *Theilhaber (München): Der Einfluß des Lebensalters auf die Entstehung der Karzinome. (Mit Demonstrationen mikroskopischer Präparate.)*
14. *Liebesny (Wien): Stellungnahme der Ärzte zum Geburtenrückgang in Deutschland und Österreich.*
15. *Fellner (Wien): a) Sezerniert das Ovarium in der Schwangerschaft?*
    b) Zur Theorie der Milchsekretion.
16. *Stolper (Wien): Zur Ätiologie und Diagnose der Hyperemesis gravidarum.*
17. *Schmid (Prag): Über dauernde Erweiterung des knöchernen Beckens.*
18. *Opitz (Gießen): Über Kaiserschnitt.*
19. *Adler (Wien): Atypische Schleimhautwandlung.*
20. *Hitschmann (Wien): Uterusblutungen.*
21. *Thaler (Wien): 20 Jahre Eklampsietherapie.*
22. *Richter (Wien): Regeneration der Uterusschleimhaut.*
23. *Richter und Hiess (Wien): Über das günstige Alter bei der ersten Geburt.*
24. *Hiess und Lederer (Wien): Zur Abderhalden'schen Fermentreaktion.*
25. *Klein (Wien): Die Bedeutung der Hydrotherapie in der Gynäkologie.*
26. *Weibel (Wien): Extraperitonealer Kaiserschnitt und Beckenspaltung.*

Digitized by Google

27. *Kroph (Wien): Über die Beteiligung der Harnwege bei chronisch entzündlichen Adnextumoren.*
28. *Wagner (Wien): 1. Gefahren des Hypophysenextraktes; 2. Uterusruptur und Uterusdivertikel.*
29. *Miller (Wien): Die klinische Bedeutung der Retinitis albuminurica für die Geburtshilfe.*)*
30. *Werner (Wien): Erfolge und Technik der einzeitigen Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisierung bei Tuberkulose.*)*
31. *v. Winiwarter (Wien): Unsere Erfahrungen über die Abderhalden'sche Schwangerschaftsreaktion.*
32. *Novak (Wien): Innere Sekretion.*
33. *Kolisch (Wien): Über Eklampsiebehandlung.*
34. *Peham (Wien): Über gynäkologische Radiotherapie.*
35. *Hofstätter (Wien): Experimentelle Studie zur Brustdrüsenentwicklung.*
36. *Kraus (Brünn): a) Zur Anatomie der Portio vaginalis.*
b) Über Anästhesierung des Uterus.
37. *Bab (Wien): a) Organotherapeutische Erfahrungen und Anwendung von Aphrodisiaka in der Gynäkologie.*
b) Akromegalie und Ovarialtherapie.
38. *Schüller (Wien): a) Über Radium- und Mesothoriumtherapie.*
b) Instrumentarium zur endovesikalen Radium- und Mesothoriumbehandlung.
39. *Frommer (Wien): Mechanische Erweiterung der Portio.*
40. *R. Franz (Graz): Serumtherapie bei Melaena neonatorum.*
41. *H. Röder (Elberfeld): Zur Behandlung der Dysmenorrhöe.*
42. *H. Rotter (Budapest): Über meine beckenerweiternde Operation durch Promontoriumresektion.*
43. *P. Zweifel: Über die Verhütung der durch Spontaninfektion verursachten Wochenbettfieber.* *Schauta (Wien).*

I.

Aus der Universitäts-Frauenklinik Tübingen.
Direktor: Prof. Dr. Sellheim.

Über die klinische Bedeutung des Abderhalden'schen Dialysierverfahrens[1].

Von

Prof. Dr. A. Mayer,
Oberarzt der Klinik.

Die von Abderhalden so genial ausgedachte, serologische Schwangerschaftsdiagnostik erweckt allerorts das größte Interesse.

Die Meinungen über die klinische Brauchbarkeit der Methode sind aber noch geteilt. Ich halte es darum für angebracht, hier dazu Stellung zu nehmen.

Meiner Auffassung nach beruhen die meisten Versager auf irgendeinem Fehler der Technik. So einfach die Technik theoretisch auch ist, so

[1] Vortrag auf der Versammlung der Oberrheinischen Gesellschaft für Geb. und Gyn. am 6. Juli 1913 zu Baden-Baden.

Digitized by Google

subtil ist sie praktisch. Wir müssen steril, chemisch rein — und das ist mindestens so schwer wie steril — und mit ganz bestimmten Konzentrationen arbeiten: Klippen, die an sich nicht so schlimm aussehen, tatsächlich aber recht gefährlich werden können. Die Gefahr bleibt oft unbemerkt und droht namentlich uns Ärzten, die wir mit den vielen unscheinbaren, aber sehr wichtigen, dem Chemiker geläufigen Kleinigkeiten nicht so vertraut sind. Darin liegt etwas für die Methode selbst Verhängnisvolles: wir merken die gemachten Fehler oft nicht und sagen darum zu bald, die Methode ist schlecht. Die Methode ist aber meiner Ansicht nach gut, und wenn die Resultate nicht stimmen, dann heißt das nur, wir haben einen Fehler gemacht.

Aber von da bis zur Erkenntnis, wo der Fehler sitzt, haben wir oft noch einen recht langen, mühsamen und dornenvollen Weg des erneuten Ausprobierens und Von-vorn-anfangens. Ihn zu betreten erfordert oft ein großes Maß von Energie. Wer ihn aber nicht scheut, der wird gute Resultate haben und für seine Mühen entschädigt werden.

So hat Schlimpert z. B. die Methode bei Abderhalden selbst gelernt und geübt, ging siegesbewußt nach Hause, erlebte aber in Freiburg zunächst herbe Enttäuschungen und erzielte dann vorzügliche Resultate.

Ähnlich ging es mir selbst. Als ich vor fast $1^1/_2$ Jahren mit der Methode anfing, glückte mir zunächst alles, und ich war schon sehr stolz. Dann auf einmal stimmte alles nicht mehr, aber ich ließ mich nicht entmutigen. Herr Kollege Wibel, der mehrere Wochen bei Abderhalden selbst ganz tadellos arbeitete und die Methode beherrschte, hatte auch anfänglich bei uns in Tübingen nicht voll befriedigende Ergebnisse.

Die klinische Bedeutung der Abderhalden'schen Reaktion ist zunächst an die Diagnose der Frühschwangerschaft gebunden. Die Reaktion ist schon in den allerersten Anfängen der Gravidität positiv. Es werden sie darum namentlich diejenigen hoch werten, welche die Hegar'schen Schwangerschaftszeichen nicht als zuverlässig anerkennen.

Da die Reaktion noch zwei bis drei Wochen post partum positiv ist, also zu einer Zeit, wo die histologischen Zeichen der Gravidität schon wieder fehlen können, müssen wir unsere histologische Diagnostik der Schwangerschaft verschärfen. Ein Beispiel soll das zeigen. Wir haben in letzter Zeit bei einem Fall von Blutungen mit Verdacht auf protrahierten Abort und mit positivem Ausfall der Reaktion Curettage gemacht. Die histologische Untersuchung ergab zunächst gar keinen Anhaltspunkt für eine vorausgegangene Schwangerschaft. Aber als wir eben wegen des positiven Ausfalles der Abderhalden'schen Reaktion noch eine Reihe von Schnitten ganz genau durchmusterten, fanden wir doch unverkennbare Decidua, die auch von solchen Untersuchern als deutliche Decidua angesprochen wurde, die keine Ahnung hatten, um was es sich handelte. Freilich ist damit die Gravidität histologisch nicht bewiesen, aber in Anbetracht der Nebenumstände doch wahrscheinlich gemacht. Und vielleicht darf man gerade bei solchen Fällen von negativem Ausfall der histologischen Untersuchung eben in dem positiven Ergebnis der Abderhalden'schen Reaktion das fehlende Beweisglied für eine tatsächliche Gravidität erblicken.

Daß ein solcher, serologisch geführter Nachweis einer vorausgegangenen Schwangerschaft forensisch von großer Wichtigkeit sein kann, bedarf kaum eines besonderen Hinweises.

Bei Extrauterinschwangerschaft haben wir oft den Wunsch nach einem weiteren diagnostischen Hilfsmittel. Da ist die Abderhalden'sche Reaktion,

Digitized by Google

wie ich[2] zeigen konnte, nur positiv bei frischen Fällen, kann aber negativ sein bei alten Hämatokelen, wo kein funktionierendes Gewebe mehr da ist.

Dasselbe gilt für ganz alte, längst abgestorbene Intrauteringraviditäten, bei denen die Gravidität physiologisch eigentlich längst erledigt ist und kein Austausch zwischen Ei und mütterlichem Blut mehr stattfindet.

Damit bin ich in das Kapitel Pathologie der Gravidität gelangt und greife zunächst weiter die Graviditätstoxikosen heraus.

Es ist mir sehr aufgefallen, daß die Placenta einer in Heilung ausgegangenen Eklampsie von dem Serum 15 verschiedener, gesunder Schwangeren ganz auffallend schwächer[3] abgebaut wurde als Normalplacenta. Da dasselbe Serum jedesmal Normalplacenta gut abbaute, muß die Ursache an der Eklampsieplacenta liegen. Der Abbau der Eklampsieplacenta scheint erschwert zu sein und an das Blut höhere Anforderungen zu stellen. Darin liegt vielleicht eine serologische Bestätigung für die Richtigkeit der von Linser und mir vor Jahren empfohlenen Behandlung der Graviditätstoxikosen mittels Injektion von normalem Schwangerenserum. Dabei führen wir dem Blut, das den Kampf gegen die Schwangerschaftsgifte aus eigener Kraft nicht führen kann, von außen her Schutztruppen zu.

Das Serum der Eklamptischen selber hat Normalplacenta und die zugehörige, schlecht abbaufähige Eklampsieplacenta gut abgebaut. Man darf demnach vielleicht annehmen, daß gerade durch die an sich schlechte Abbaubarkeit der Eklampsieplacenta das Serum der Eklamptischen die Abbaufähigkeit in erhöhtem Maße bekommt. Es scheinen also die Fähigkeiten des Blutserums zu wachsen mit der ihm gestellten, höheren Aufgabe, wie ja auch durch die parenterale Zufuhr von blutfremden Stoffen Abwehrfermente im Blute auftreten.

Das Serum zweier Fälle von Emesis, von denen einer früher eine Eklampsie überstanden hatte, baute Normalplacenta sehr schlecht ab. Hier ließ es also das Serum an sich fehlen, während es bei der Eklampsie an der Placenta haperte.

Man könnte daran denken, daß der mangelhafte Abbau eine mangelhafte Gegenwehr des Körpers zum Ausdruck bringt und darum prognostisch[4] zu verwerten sei. Ob und inwieweit aus diesem Verhalten von Serum und Placenta bei Graviditätstoxikosen prognostische Schlüsse gezogen werden dürfen, muß erst abgewartet werden.

Außerdem hat das Eklampsieserum Gehirn, Ovarium und Thyreoidea abgebaut.

Der Abbau des Gehirns sagt uns, daß das Eklampsiegift den Stoffwechsel der Hirnzellen so störte, daß blutfremde Stoffe aus ihnen ins Blut gelangten. Dieser

---

[2] A. Mayer, Über die Abderhalden'sche Schwangerschaftsreaktion bei Extrauteringravidität. Monatsschr. f. Geb. und Gyn. Bd. XXXVII. p. 366.

[3] Geringe Abstufungen in der Intensität der Farbenreaktion können mit kleinen, unvermeidlichen Konzentrationsunterschieden zusammenhängen und bedeuten darum gewöhnlich nichts Besonderes. Diese Erklärung halte ich hier für ausgeschlossen, weil der Farbenunterschied geradezu aufdringlich war und sich in derselben Form 15mal hintereinander wiederholte.

[4] Abderhalden, R. Freund und Pincussohn (Prakt. Ergebnisse der Geb. und Gyn. II, 2, p. 370) berichten schon im Jahr 1910 über vier, mit der optischen Methode untersuchte Fälle von Eklampsie. Drei davon genasen und zeigten einen deutlichen Abbau, während im vierten tödlich endenden Falle keine Spaltung auftrat. Die Autoren halten es für denkbar, daß in diesem Falle die Fermentabgabe ausblieb und es darum zu einer Körperschädigung infolge Anhäufung blutfremder Stoffe kam. Darin ist schon eine Verwertung der Reaktion zur Prognosenstellung angedeutet. In Halle hat Rübsamen (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. XXXVIII, p. 67) über geringe Abbaufähigkeit des Serums von Eklamptischen berichtet, während Lichtenstein (Münchener med. Wochenschr. 1913, Nr. 26, p. 1427) das nicht bestätigen konnte.

Digitized by Google

Abbau vollzog sich nur mit Blutserum, nicht mit Liquor cerebrospinalis[5], woran man im Hinblick auf die Vergiftung des Zentralnervensystems denken könnte.

Den Abbau von Ovarium und Thyreoidea erwähne ich deshalb, weil man unter anderem auch Störungen der Funktion von Ovarium und Thyreoidea für die Entstehung der Eklampsie angeschuldigt hat.

Von großem Interesse schien mir die Untersuchung, ob die serologischen Veränderungen bei verschiedenen Komplikationen der Gravidität konstant sind:

Alte Erstgebärende zeigen sonst gelegentlich die üblichen klinischen Schwangerschaftsreaktionen des Körpers, wie Blaufärbung, Gewebeauflockerung usw., nicht so deutlich und fordern darum zur Untersuchung ihres serologischen Verhaltens heraus. Eine 45jährige Erstgebärende hat Placenta stark abgebaut und keinen Unterschied gegenüber den Jungen geboten.

Schwere Anämien und Lungentuberkulose in der Schwangerschaft scheinen nach meinen bisherigen Ergebnissen den Abbau von Placenta nicht zu stören.

Man muß also annehmen, daß trotz aller Komplikationen der Gravidität die serologischen Veränderungen analog dem konstanten Verhalten des Blutes ihrem Wesen nach konstant sind; dagegen mögen vielleicht graduelle Verschiedenheiten vorkommen.

Die allergrößte Bedeutung der Abderhalden'schen Reaktion liegt meiner Ansicht nach darin, daß sie uns ermöglicht, in die Pathologie der inneren Sekretion einzudringen, wie ich schon in Halle andeutete[6].

Ehe ich darauf eingehe, will ich zum Vornherein Mißverständnissen vorbeugen. Es liegt im Wesen der Abderhalden'schen Reaktion, daß wir nur blutfremde Stoffe nachweisen können. Wir können demnach nur qualitative Änderungen der innersekretorischen Vorgänge, Dysfunktion einer Drüse konstatieren, aber keine quantitative Änderung, Hyperfunktion, Hypofunktion oder Afunktion.

Ich habe mich zunächst der Untersuchung der Keimdrüsen zugewendet.

Da manche Drüsenfunktion durch Hyperaktivität oder durch Untätigkeit in abnorme Bahnen gelenkt werden kann, schien es mir nicht ausgeschlossen, daß im serologischen Verhalten gegen Hodensubstanz Unterschiede bestehen zwischen sexuell Abstinenten und Hyperaktiven. Die heiß umstrittene Frage der Schädlichkeit sexueller Abstinenz läßt sich daher vielleicht mit der Abderhaldenschen Reaktion einer exakteren Prüfung unterziehen.

Besonders wichtig ist für uns Gynäkologen das serologische Verhalten gegen die weibliche Keimdrüse mit ihrem großen Einfluß auf den gesamten Organismus.

Dieser Einfluß besteht nach unserer heutigen Annahme aus zwei Komponenten: 1) Funktion des Follikelapparates und 2) Funktion der interstitiellen Drüse.

Die Tätigkeit des Follikelapparates während der Dauer der Geschlechtsreife läßt sich an der Menstruation leicht nachweisen.

Anders die Wirksamkeit der interstitiellen Drüse. Ob sie nur mit dem Follikel-

---

[5] Lichtenstein berichtet (Münch. med. Wochenschr. 1913, Nr. 26, p. 1427) auch, daß Placenta durch Liquor cerebrospinalis nicht abgebaut wurde, weder durch normalen, noch durch den von Eklamptischen, während Henkel (Archiv für Gyn. Bd. XCIX, p. 64) berichtet, daß die Spinalflüssigkeit einer Eklamptischen die eigene Placenta stark abbaute.

[6] A. Mayer, Die Abderhalden'sche Schwangerschaftsreaktion. Zentralbl. f. die gesamte Gyn. u. Geb. sowie deren Grenzgebiete 1913. Nr. 17. p. 843.

Digitized by Google

apparat zusammen, oder auch schon vorher, in der Kindheit, oder noch nachher, im Senium, funktioniert, ist bisher einer exakten Prüfung nicht zugänglich.

Es wäre nun sehr verlockend, diesen Verhältnissen mit der Abderhaldenschen Reaktion nachzuspüren, allein ich habe schon betont, daß diese uns nur Aufschluß gibt über Dysfunktion einer Drüse, nicht aber über Funktion oder Nichtfunktion. Darum fiel die Reaktion auf Ovarium negativ aus bei Osteomalakie, wo wir eine Hyperfunktion annehmen und bei einem Fall von Riesenwuchs eines jungen Mädchens, wo wir eine Afunktion vermuten

Wir kennen aber eine ganze Reihe klinischer Krankheitsbilder, hinter denen mit mehr oder weniger großer Wahrscheinlichkeit eine Dysfunktion des Eierstockes steckt, so z. B. klimakterische Neurasthenien, manche Formen von Uterusblutungen, Dysmenorrhöen, Amenorrhöen und vielleicht auch Myomen[7], bei denen wir makroskopisch so oft veränderte Eierstöcke finden.

In der Tat habe ich bereits mehrere Fälle von klimakterischer Neurasthenie, wo die Reaktion auf Eierstockssubstanz positiv ausfiel. Ein Fall davon scheint mir ganz besonders interessant: ich nahm eine klimakterische Neurasthenie an, der Psychiater aber eine richtige Psychose ohne Zusammenhang mit einer Störung der inneren Sekretion. Er scheint recht zu haben, denn die Abderhaldensche Reaktion auf Ovarium fiel negativ aus.

Einige Fälle von Amenorrhöe, Dysmenorrhöe und unregelmäßigen Blutungen reagierten ebenfalls positiv, d. h. die Ursache der Erkrankung ist nicht am Uterus, sondern in einer Dysfunktion des Eierstockes zu suchen. Für die Behandlung bedeutet das: Hände weg vom Uterus.

Wichtige Aufschlüsse dürfen wir auch auf dem Gebiet der Stoffwechselstörungen erwarten. In drei Fällen von rasch auftretender Adipositas wurde Ovarium bzw. Thyreoidea abgebaut. Es lag also wieder eine Dysfunktion dieser beiden Drüsen vor, die wir ja an sich schon mit Stoffwechselstörungen und Adipositas in Zusammenhang bringen.

Das Verhalten von Thyreoidea und Thymus erweckt auch von anderen Gesichtspunkten aus das Interesse des Gynäkologen. Ich erinnere nur an den Basedow. Schon vor mehreren Jahren konnte ich[8] darauf hinweisen, daß die bei Basedow oft beobachtete, abnorme Kleinheit des Uterus keine sekundäre Atrophie, wie sie gewöhnlich genannt wird[9], sondern eine primäre Bildungshemmung, eine Hypoplasie, darstellt. Ich glaubte schon damals, einen inneren Zusammenhang der beiden Krankheitsbilder und eine Störung der Ovarialfunktion annehmen zu müssen. Diese vom klinischen Standpunkt aus gewonnene Vermutung fand ihre Bestätigung in den interessanten Untersuchungen von Lampé und Papazolu[10], die bei Basedowkranken mehrfach eine tatsächlich vorhandene

[7] Seitz; Ovarialhormone als Wachstumsursache der Myome. Münch. med. Wochenschrift 1911. p. 1281.

[8] A. Mayer, Hypoplasie und Infantilismus in Geburtshilfe und Gynäkologie. Hegar's Beitr. z. Geb. und Gyn. Bd. XV. p. 436.

[9] Birnbaum, Die Basedow'sche Krankheit und das Geschlechtsleben des Weibes. Praktische Ergeb. der Geburtsh. u. Gyn. Bd. IV. p. 4.

H. Freund; Über die Beziehungen der Schilddrüse und der Brustdrüsen zu den schwangeren und erkrankten weiblichen Genitalien. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XXXI. p. 446 und Inaug.-Diss., Straßburg 1882.

[10] Lampé und Papazolu, Serologische Untersuchungen mit Hilfe des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens bei Gesunden und Kranken. — Untersuchungen bei Morbus Basedowii, Nephritis und Diabetes mellitus. Münchener med. Wochenschrift 1913.

E. A. Lampé, Basedow'sche Krankheit und Genitale. Monatsschrift f. Geburtsh. und Gyn. Bd. XXXVIII. p. 49.

Digitized by Google

Dysfunktion des Eierstockes mit der Abderhalden'schen Reaktion nachweisen konnten.

Da Thyreoideapreßsäfte die Blutgerinnung befördern sollen (Mathes[11]) und von mancher Seite klinisch ein innerer Zusammenhang zwischen Anomalien der Blutgerinnung und der Thyreoideafunktion angenommen wird (Sehrt[12]), kam ich auf den Gedanken, Pat. mit Metro- und Menorrhagien auf die Abbaufähigkeit von Thyreoidea zu untersuchen. Bis jetzt ließ sich keine Dysfunktion dabei nachweisen. Weitere Untersuchungen müssen ergeben, ob darin eine Stütze liegt für die Untersuchungsergebnisse von Schloessmann[13], der die gerinnungsbefördernde Wirkung lediglich dem Zellprotoplasma verschiedener Organe und nicht einer spezifischen Eigenschaft des Schilddrüsengewebes zuschreibt.

Dieselben Überlegungen veranlaßten mich, zu untersuchen, ob hinter den so oft thrombosierten Varixknoten der Schwangeren nicht auch eine Dysfunktion der Thyreoidea steckt. Auch hier habe ich bis jetzt nur negative Resultate.

Dagegen konnte ich konstatieren, daß Trägerinnen von Strumen tatsächlich Thyreoidea abbaunen, also eine Dysfunktion der Thyreoidea haben[14].

Zum Schluß noch ein Punkt: die schon gemachten Beobachtungen, daß das Serum von Karzinomkranken Krebsgewebe abbaut[15], konnte ich bestätigen. Das ist in zwei Richtungen sehr interessant: 1) bedeutet der positive Ausfall der Reaktion, daß das Karzinom wenigstens in gewissen Stadien eben tatsächlich keine lokale Erkrankung ist, sondern auf dem Blutweg den ganzen Körper in Mitleidenschaft zieht, wie wir das ja an der Kachexie klinisch längst wissen; 2) scheint es möglich zu sein, die Diagnose »Karzinom« serologisch zu stellen.

Es erheben sich da natürlich sofort die Fragen, ob die Krebse verschiedener Organe und die histologisch verschieden gebauten Karzinome sich serologisch gegenseitig vertreten können, d. h. ob die Trägerin eines Magenkarzinoms einen Uteruskrebs und die Trägerin eines Plattenepithelkarzinoms einen Zylinderzellenkrebs abbaut.

Bis jetzt konnte ich beobachten, daß das Serum einer an Eierstockskarzinom leidenden Pat. den eigenen Eierstockskrebs und den Uteruskrebs einer anderen Pat. abbaute. Von 3 an Rezidiv eines Uteruskarzinoms leidenden Frauen bauten 2 den Uteruskrebs und Eierstockskrebs einer anderen Frau und die 3. nur Uteruskrebs ab, nicht aber Eierstockskrebs.

Es wird natürlich von großem Interesse sein, künftighin mit dieser Methode die durch Operation oder Strahlenwirkung erzielten Behandlungsresultate zu kontrollieren, um zu sehen, ob noch oder wieder Krebs im Körper sich befindet, d. h. ob radikal operiert und ob ein Rezidiv aufgetreten ist.

---

[11] Mathes; Über den Einfluß von Schilddrüsenpreßsaft auf die Blutgerinnung. Münch. med. Wochenschr. 1911. Nr. 19.

[12] Sehrt; Zur thyreogenen Ätiologie der hämorrhagischen Metropathien. Münch. med. Wochenschr. 1913. Nr. 18.

[13] Schloessmann; Studien zum Wesen und zur Behandlung der Hämophilie. Beitr. zur klin. Chirurgie Bd. LXXIX. Hft. 3. p. 527 und 544.

[14] Vgl. auch Julius Bauer, Wiener klin. Wochenschr. 1913. Nr. 16.

[15] Frank und Heimann; Über Erfahrungen mit der Abderhalden'schen Fermentreaktion beim Karzinom. Berl. klin. Wochenschr. 1913. Nr. 14.

Emil Epstein; Die Abderhalden'sche Serumprobe auf Karzinom. Wiener klin. Wochenschrift 1913. Nr. 17.

N. Markus; Untersuchungen über die Verwertbarkeit der Abderhalden'schen Fermentreaktion bei Schwangerschaft und Karzinom. Berl. klin. Wochenschr. 1913. Nr. 17.

Digitized by Google

Da die Ascitesflüssigkeit einen zugehörigen Eierstockskrebs abbaute, muß man annehmen, daß sich auch in ihr Schutzfermente finden.

Das Serum von zwei an Sarkom leidenden Pat. hat Karzinomgewebe nicht abgebaut.

Endlich lassen sich mit der Abderhalden'schen Reaktion vielleicht noch Rassenunterschiede nachweisen. Es wäre von diesem Gesichtspunkt aus sehr interessant, ob das Serum einer Europäerin die Placenta etwa einer Asiatin abbauen kann oder nicht.

Wir stehen hier vor einem völligen Neuland. Eine Summe interessanter Fragen tut sich uns auf. Auf diese wollte ich mit einigen Beispielen hinweisen.

II.

Kritische Bemerkungen zur Schnellentbindung bei der Eklampsie mit einem Beitrag zur Aderlaßtherapie der Eklampsie.

Von

Dr. Nacke und Dr. Less in Berlin.

(Wöchnerinnenheim am Urban.)

In letzter Zeit werden von verschiedenen Seiten die Erfolge der Schnellentbindung bei Eklampsie angezweifelt. Vor kurzem hat meine Assistenz, Herr Dr. Lutz, berechnet, daß unsere Anstalt bei 79 Eklampsiefällen ca. 5% Mortalität bei Abzug eines Todesfalles, der unmittelbar vor dem Eingriff starb, nur 3,8% hatte und angegeben, daß auch wir die Therapie der mittleren Linie, wie sie Engelmann befürwortet, angewandt haben. Abgesehen davon, daß man über die therapeutische Frage der Eklampsie nur aus sehr großen Zahlen Schlüsse ziehen kann, möchte ich bei voller Anerkennung des dort Gesagten (Zentralbl. f. Gynäk. 37. Jahrg., Nr. 6, 1913) auf Grund rein persönlicher Auffassung meiner Erfolge in der Eklampsiebehandlung eine Lanze für die Schnellentbindung brechen. Natürlich bin ich der Ansicht, daß jeder Fall einer eingehenden Prüfung bezüglich der Anwendung des therapeutischen Rüstzeuges bedarf, und daß man gerade bei der Eklampsie nicht schematisieren darf, daß die nicht operative Therapie gegebenenfalls auch großen Nutzen stiftet oder sogar allein ausreicht. Aber den Erfolg der Schnellentbindung bloß auf den Blutverlust zurückzuführen, die Schnellentbindung mit dem Aderlaß gleichzustellen, geht denn doch nicht an. Dabei werden sehr wichtige therapeutische Faktoren des Eingriffs zu gering eingeschätzt, das sind die Entleerung des Uterus an sich, die Entlastung der Bauchorgane von dem Druck des Schwangerschaftsproduktes und die Herabsetzung des intraabdominalen Gesamtdruckes. Die Entleerung des Uterus beseitigt die Reizwirkung infolge der relativ großen Ausdehnung der Gebärmutter, die durch reflektorischen Gefäßkrampf zur Erkrankung und Funktionsstörung der Nieren und Leber führen kann, oder, durch Reflexkrampf direkt auf die Gehirngefäße übertragen, zur Auslösung von Krämpfen führt; sie beseitigt die Wehen und Preßwehen, die eine Drucksteigerung im Aortensystem mit ihren Folgen bedingen. Durch die Entbindung wird der Druck des Schwangerschaftsprodukts auf die Nierenvenen, der zu Kongestionen in den Nieren mit konsekutiver Funktionsstörung derselben und zur Albuminurie führen kann, genommen, einer Verlegung und Abklemmung eines Ureters ab-

Digitized by Google

geholfen und der Hochstand des Zwerchfells mit seiner Beeinflussung des Atmungs- und Kreislaufsorgans beseitigt. Welch günstigen Einfluß die Entleerung des Uterus und die Befreiung der Bauchhöhle von dem großen Tumor des Schwangerschaftsproduktes auf den Gesamtzustand ausübt, sehen wir ja auch bei Herz- und Lungenkranken; je mehr der Bauchraum durch den wachsenden Tumor eingeengt wird, um so größer die Atemnot und die Herzbeschwerden. Und so glaube ich, daß sowohl die reflektorische wie die toxische Form der Eklampsie auch ohne Blutverlust durch die Schnellentbindung sehr günstig beeinflußt wird, wozu noch bei großen Blutverlusten dieser als unterstützender Faktor hinzukommt. Möge man eine Auffassung von der Entstehung der Eklampsie haben, welche man wolle, die Schnellentbindung als solche wird den ihr gebührenden Platz in der Therapie der Eklampsie behalten, nicht nur zur Rettung des Kindes.

Als Beweis des oben Gesagten gibt Herr D. Less folgende Übersicht über unsere Aderlaßfälle.

In den Jahren 1909 — Anfang März 1913 hatten wir 48 Fälle von Eklampsie, davon entfielen auf die Geburtseklampsie 37, auf die Wochenbetteklampsie 11 Fälle.

Die Gesamtmortalität ohne jeden Abzug betrug 4 Fälle, die Wochenbettseklampsien verliefen ohne Todesfall. Der Grundzug unserer Therapie blieb bei den Fällen von Schwangerschaftseklampsie die Beschleunigung des Geburtsverlaufes, mehr in zweiter Linie kamen der Aderlaß und Narkotika als therapeutische Hilfsmittel in Betracht (vgl. Lutz, Zentralbl. f. Gyn. 1913, Nr. 6).

Danach ist es klar, daß mit Ausnahme eines Falles keiner der Eklampsiefälle ante partum nach Zweifel's neueren Angaben behandelt wurde (rein konservatives Verfahren mit primärem Aderlaß), und daß demnach unsere Schlußfolgerungen auch nicht gegen diese Therapie ins Feld geführt werden können.

Angeregt durch die glänzenden Erfolge der Leipziger Klinik versuchten wir nur, uns darüber klar zu werden, ob unter unseren 48 Fällen die 22 Fälle mit Aderlaßtherapie einen günstigeren Verlauf zeigten, als die anderen 26, bei denen der Aderlaß unterblieb.

Mit Aderlaß Mortalität: 2 Fälle	Ohne Aderlaß Mortalität: 2 Fälle
1. Fall: Aderlaß 250 ccm, daneben »starke« Uterusblutung post partum, stirbt nach 19 Stunden im Koma.	1. Fall: Koma ante partum, post partum, »2 Stunden lang dauernd Anfälle«. Nierendekapsulat. Exitus.
2. Fall: Aderlaß 600 ccm, danach Sensorium frei, stirbt 9 Stunden darauf.	2. Fall: stirbt im 1. Anfall vor Extraktion des perforierten Kopfes.

Die Größe des Aderlasses schwankte zwischen 250 und 1200 ccm.

Stets wurden subkutane Infusionen von NaCl oder NaCl + NaBi-Lösungen angeschlossen.

500 ccm und mehr Blut wurden abgelassen in 11 Fällen.

Ein Fall hatte noch nach einem Aderlaß von 1200 ccm 9 schwächere Anfälle, die Benommenheit zwischen den Anfällen blieb bestehen.

Ein Aderlaß von 1000 ccm $8^1/_2$ Stunden ante partum ließ in einem anderen Falle die Anfälle sistieren. Bei den 22 Fällen der Aderlaßtherapie verschwanden die Anfälle nach dem Aderlaß in 8 Fällen völlig. In diesen 8 Fällen betrug die Höhe des Aderlasses nur einmal 450 ccm, sonst zwischen 500 und 800 ccm. Einmal

Digitized by Google

sistierten die Anfälle, die nach einem Aderlaß von 450 ccm noch zweimal mit begleitendem Koma aufgetreten waren, erst nach einem zweiten Aderlaß von 400 ccm.

In 3 schweren Fällen mit 23, bzw. 13 und 5 Anfällen vor dem Aderlaß trat nach demselben noch 1 Anfall auf. Diese 3 Fälle waren Wochenbettseklampsien. Abgelassen wurden 450, 420, 550 ccm Blut. In denjenigen Fällen, in denen der Aderlaß die Anfälle nicht kupierte, waren 300—450 ccm Blut abgelassen worden.

Bei den 26 Fällen ohne Aderlaß war die sonstige Therapie meist aktiv, nur 2 Fälle kamen spontan nieder. Bei den übrigen 20 (4 waren Wochenbettseklampsien) kamen (in 3 Fällen hohe) Zange, Wendung und Metreuryse in Anwendung. Was den weiteren Wochenbettsverlauf der Eklampsien betrifft, so ließ sich, was schnelles Zurückgehen des Eiweißgehaltes des Urins oder bedeutende Zunahme der Diurese betrifft, ein Erfolg weder der einen noch der anderen Therapie gut schreiben. Deutlich erschien uns nur, daß durch den auch reichlichen Aderlaß keine Schwächung des Körpers in dem Sinne erfolgte, daß im Wochenbett die Aderlaßeklampsien eine höhere Morbidität zeigten. Bei beiden Serien war die Wochenbettsmorbidität gleich gering. Einen sehr guten Erfolg glauben wir mit einem prophylaktischen Aderlaß von nur 350 ccm ohne nachfolgende Infusion in einem Falle gesehen zu haben. Das junge Mädchen machte post partum mit starken allgemeinen Ödemen, wenigem, stark eiweißhaltigem Urin, Benommenheit und Unruhe den Eindruck der beginnenden Eklampsie. Der sehr harte Puls wurde sofort nach dem Aderlaß weicher, die Benommenheit und die Kopfschmerzen ließen nach, es trat ruhiger Schlaf ein, die Diurese hob sich am nächsten Tage, der Eiweißgehalt ging schnell zurück. Die Pat. wurde am 9. Tage mit Spuren Eiweiß, geringem Knöchelödem und subjektivem Wohlbefinden entlassen.

Die zu kleine Zahl der sich gegenüberstehenden Fälle erlaubt kein abschließendes Urteil über den Einfluß des Aderlasses auf den Eklampsieverlauf. Eindeutig erschien uns der Erfolg des Aderlasses bei obigem Wochenbettsfall, ferner in jenem, der $8^1/_2$ Stunden ante partum nach Ablassen von einem Liter Blut seine Anfälle verlor, und bei den drei Wochenbettseklampsien, die nachher nur noch einen Anfall hatten. Andererseits sei darauf hingewiesen, daß von 26 Eklampsien ohne Aderlaß 24 geheilt wurden, darunter Fälle mit 40, 21, 21, 17, 13 und 12 Anfällen.

III.

Über artifizielle Scheidendammdehnungen intra partum.

Von

Dr. Rudolph in Magdeburg.

Die längst bekannte Tatsache des Auftretens von Wehen beim Einlegen des ersten Löffels und die Beobachtung, daß diese wehenerregende Wirkung durch die dabei erfolgte Dehnung des Beckenbodens hervorgerufen wird, führte mich dazu, bei Wehenlosigkeit Dehnungen des Scheidendamms artifiziell vorzunehmen. Ich fand, daß diese Maßnahme ein sicheres Mittel ist, die sistierte Wehentätigkeit in der Austreibungsperiode anzuregen und schwache Wehen zu verstärken. Mit zusammengelegtem Zeige- und Mittelfinger dehne ich, in die Scheide fassend, den Scheidendamm rechts und links nach den Tubera ossis ischii zu und direkt nach hinten. Nur 2 oder 3mal übe ich zunächst nach

Digitized by Google

jeder Richtung einen leichten Massagedruck aus. Zeigt sich danach keine sofortige Reflexkontraktion des Uterus — man sieht dabei nicht etwa nur Reaktionen der Bauchpresse —, so dehne ich nach 2 Minuten wieder, den Druck verstärkend und wiederhole in Intervallen den Handgriff, immer kräftiger dehnend, bis die Wehentätigkeit sich wieder reguliert hat. Diese artifiziellen Scheidendammdehnungen haben bezüglich des gewünschten Effektes nie versagt. In vielen Fällen habe ich dadurch den Forceps vermeiden können[1].

Meine Annahme, daß es sich bei der Wehenanregung durch diese Dehnungen um einen Reflex handelt, stütze ich mit folgender Begründung.

Wenn der Kopf des Kindes aus dem sich zurückziehenden Muttermund hervorgetreten ist und auf den Beckenboden drückt, macht sich alsbald bei fast allen Kreißenden eine immer mehr zunehmende Häufigkeit der Wehen und ein Drang zum Mitpressen geltend, der offenbar vom Willen unabhängig ist. Dieses Phänomen läßt sich nur durch einen Reflex erklären, der zwischen Beckenboden einerseits und Uterus-Bauchdecken andererseits besteht.

Erreicht der Kopf nach dem Passieren des ersten großen Hindernisses in der nunmehr aus Uterus und Scheide ohne bestimmte Grenze gebildeten Höhle den Beckenboden nicht und übt den erforderlichen Druck auf denselben nicht aus, so kann dieser Scheidendamm-Gebärmutter-Bauchdeckenreflex wegen Fehlens des Reizes nicht ausgelöst werden, was zur Folge hat, daß das Kind wegen zu geringer Energie der Wehen bzw. Wehenstillstand nicht mehr von der Stelle rückt.

Wenn die Voraussetzung richtig ist, daß der mechanische Reiz des Kopfes auf das Mittelfleisch die sog. Drangwehen reflektorisch erzeugt, muß auch der künstliche Reiz in gleicher Weise wirken.

In der Literatur habe ich über die artifizielle Reflexerregbarkeit des Uterus vom Perineum aus so gut wie nichts finden können. Nur Nagel[2] teilt mit, daß »traumatische Einwirkungen auf die Geschlechtsteile leicht Wehen bewirken, indem derselbe nach Skarifikationen der ödematösen Schamlippen im 7. Monat die Geburt eintreten sah«.

Exakte Händedesinfektion vorausgesetzt (ev. Gummihandschuhe) ist keinerlei Schaden von den Scheidendammdehnungen zu erwarten. Ich habe nie einen Schaden gesehen.

Hingegen konstatierte ich als überaus vorteilhafte Nebenwirkung dieser Dehnungen, daß Scheide und Damm zum Durchtritt des Kopfes in bester Weise vorbereitet werden, so daß nur eine möglichst geringe Zerreißung erfolgt. Schon Daventer und andere haben die Ausdehnung der Schamspalte zum Zweck des Dammschutzes bei Geburten empfohlen. Die Vornahme der Massagedehnungen schließt nicht aus, daß man den Dammschutz, den die Schule lehrt, außerdem noch ausübt.

Durch die Massagedehnungen kann der Vulvaring nicht selten beinah ad maximum ausgedehnt werden, wie es sonst der vordringende Kopf tut. Manch ungewöhnlich dicker, straffer und völlig unnachgiebig erscheinender Damm wird durch die Massage allmählich so entspannt, dehnbar und elastisch, daß er nur noch einen geringen Widerstand bietet.

Es ist ohne weiteres klar, daß die Kreißende das zweite sich in den Weg stellende große Hindernis ohne besondere Anstrengung überwinden kann, daß ihr

---

[1] Mechanische Wehenanregung intra partum. Ärztl. Sammelblätter 1913. Nr. 2.

[2] Verhandl. der Gesellsch. f. Geb. in Berlin 1851. 8. Jahrg. p. 17; zit. nach Kohl, Lehrbuch der Geburtshilfe 1862. p. 500.

Digitized by Google

viel Arbeit und Kraft erspart bleibt, und daß ferner der Geburtsverlauf eine Abkürzung erfährt.

Daß es mir unter allen Verhältnissen gelungen ist, ohne seitliche Inzision auszukommen, will ich nicht behaupten. Bei den Dehnungen habe ich aber die Unmöglichkeit, das Einreißen zu verhindern, stets prognostizieren können. Der Geburtshelfer orientiert sich mittels derselben bestens über den Bau, die Ausdehnungsfähigkeit und Elastizitätsentfaltung des Dammes.

Die Rücksichtnahme auf den Damm führte mich auch dazu, vor jeder Einführung der Hand in die Scheide (bei Wendung, manueller Ausräumung bei Abortus) die Dehnungen vorzunehmen, ich habe seitdem mit der Hand nie mehr eine Verletzung hervorgerufen.

Wegen der Vielseitigkeit der günstigen Wirkung sollte die vorgeschlagene künstliche Dilatation des Vulvaringes in der geburtshilflichen Praxis mehr zu allgemeinem Gebrauch kommen, zumal sie in der Hauptsache nur eine Nachahmung physiologischer Vorgänge darstellt. Selbstverständlich darf sie den Hebammen nicht gestattet werden, weil sie aus bloßer Sucht zu »helfen« sonst des Guten zuviel täten.

Neue Bücher.

1) **Tandler und Grosz (Wien). Die biologische Grundlagen der sekundären Geschlechtscharaktere.** 163 S. Berlin, Springer, 1913.

Die Arbeit gibt eine sehr fleißige und vollständige Zusammenstellung des ganzen in Frage kommenden Tatsachenmaterials wieder. Die Begriffsfassung der Geschlechtsmerkmale haben die Autoren insofern geändert, als nicht der Zusammenhang mit dem Fortpflanzungsakt das Kriterium für das Geschlecht abgibt, sondern die Reaktionsfähigkeit der Organe auf die Hormone der Gonaden. Jedes Organ, das im Sinne der Spezies-, Ordnungs- und Gattungsmerkmale wandlungsfähig ist und all das, was an einem gegebenen Organ wandlungsfähig ist unter der Einwirkung der Keimdrüsen, ist ein Geschlechtsmerkmal. Dadurch, daß Verff. die Keimdrüse nicht mehr als Ganzes betrachten, sondern die innersekretorische Funktion möglichst von der generativen Tätigkeit abzugrenzen sich bestrebten, gewannen sie einen ganz neuen Gesichtswinkel bei der Analyse der bisher vorliegenden Tatsachen. Es ist nicht möglich, auf alle Einzelheiten einzugehen, es sei nur noch erwähnt, daß die Verff. interessante Erwägungen anstellen über die Zwischenzellen, und daß der Hermaphroditismus eine eingehende Erörterung erfährt. Die Frage nach den biologischen Grundlagen der sekundären Geschlechtscharaktere beantworten zum Schluß die Verff. dahin, daß sie ihre Entwicklung und Ausbildung in letzter Linie dem harmonischen Zusammenwirken der Drüsen mit innerer Sekretion zuschreiben.

Linzenmeier (Berlin).

2) **W. Guttmann (Berlin). Medizinische Terminologie.** 6. u. 7. Auflage. Berlin und Wien, Urban & Schwarzenberg, 1913.

Das Buch ist gut eingeführt und wird offenbar viel benutzt. Die vorliegende Neuauflage hatte eine große Anzahl neuer Ausdrücke zu berücksichtigen. Trotzdem ist der Umfang nicht gewachsen, weil Veraltetes fortgelassen wurde. Ich habe in jahrelangem Gebrauch die große Zuverlässigkeit des Werkes schätzen gelernt und empfehle es den Fachgenossen sehr. Stoeckel (Kiel).

Digitized by Google

Berichte aus gynäkologischen Gesellschaften.

3) Geburtshilflich-gynäkologische Gesellschaft in Wien.

Sitzung vom 14. Januar 1913.

Vorsitzender: Piskacek; Schriftführer: Regnier.

I. Lihotzky demonstriert:

1) Ein gut mannskopfgroßes Myosarkom, welches durch Totalexstirpation bei einer 41jährigen Pat., die 6mal geboren und 2mal abortiert hatte, gewonnen wurde. Menses stets ungestört, erst in jüngster Zeit Druckgefühl, Schmerz und Größenzunahme des Abdomens. Klinische Diagnose Myom. Schon bei der Operation war die mehr graue Farbe, sowie die morschere Konsistenz, wie man sie bei Myosarkomen mit erheblichen sekundären Zellveränderungen beobachtet (R. Meyer) auffallend. Die mikroskopische Untersuchung zeigt das deutliche Bild des muskelzelligen Sarkoms (Demonstration). Verlauf nach der Operation glatt. Pat. ist bis nun — 7 Monate p. op. — rezidivfrei. Die meisten Beobachter schätzen die Häufigkeit der Uterusmyosarkome auf 2—3%, nur Warnekros aus der Bumm'schen Klinik will in 10% der Myomfälle Sarkom gefunden haben. Diese Angabe ist so auffallend und so different von den Befunden anderer und auch meinen eigenen, daß es sich doch wohl nur um eine zufällige Häufung der Fälle gehandelt haben mag. Jedenfalls bedürfen die Warnekros-schen Zahlen weiterer Nachprüfung.

Diskussion. Schottländer: Ich darf Herrn Lihotzky vielleicht daran erinnern, daß ich vor kurzem in der hiesigen Gesellschaft auf Grund des Materials der II. Frauenklinik über die Häufigkeit der Sarkombildung in Myomen berichtet habe. Es ergaben sich $3^1/_2$%, eine Ziffer, die mit derjenigen der meisten übrigen Untersucher gut übereinstimmt. Die von Warnekross angegebenen 10% kann ich mir nur so entstanden erklären, daß hier alle zweifelhaften Fälle (Verdacht auf Sarkom) mitgezählt sind, während sie doch unbedingt, wie ich es getan, ausgeschaltet werden sollten.

2) Lihotzky: Rupturierte interstitielle Gravidität Ende des 3. Lunarmonates. Das Präparat entstammt einer 30jährigen Multipara, die, im Kollaps eingebracht, sofort operiert wurde. Große Mengen Blut im Becken; supravaginale Amputation des Uterus, aus dessen rechtem, geplatztem Horn Chorionzotten und Coagula herausquellen. Kein Fötus. Rasche Erholung — glatte Heilung. Unter ca. 150 Fällen rupturierter Tubargravidität eigener Beobachtung nur zwei Fälle (der erste, bei welchem es sich um doppelseitige, interstitielle Schwangerschaft handelte, wurde in dieser Gesellschaft seinerzeit von Roser demonstriert) von interstitieller Gravidität.

3) L. berichtet ferner im Anschluß an die Demonstration von Halban über zwei Fälle von Prolaps bei virginalem Genitale. In dem einen Falle handelte es sich um Totalprolaps bei einer jungen, kräftigen Person mit vollständig erhaltenem, allerdings zartem, dehnbarem Hymen mit Erschlaffung des Beckenbodens. Pat. wurde seinerzeit durch Kolpoperineoplastik geheilt; ob sie — es sind Jahre seither vergangen — rezidivfrei blieb, ist, da Pat. nicht auffindbar, unbekannt.

Der zweite Fall betrifft eine 72jährige, bisher gesunde Frau, die angibt, seit 2 Tagen nach stärkerer Anstrengung eine Geschwulst am Genitale zu bemerken; gleichzeitig sei erschwerte Miktion aufgetreten. Die Inspektion ergibt das Vorhandensein einer kastaniengroßen, von blasser Scheidenschleimhaut überkleideten,

Digitized by Google

fluktuierenden Geschwulst, die durch die vordere Vaginalwand gebildet wird; sie wird vaginalwärts durch das straffe, fast knorpelharte Hymen förmlich inkarzeriert. Nach Entleerung der Blase mit Katheter fällt die vorgefallene Pseudogeschwulst zusammen und läßt sich, da die Hymenalöffnung nicht einmal für die Kleinfingerkuppe passierbar ist, mittels einer mit Watte umwickelten Uterussonde leicht reponieren. Seither (mehr als 6 Monate) ist die Miktion wieder ungestört, die Vaginalwand ist — das straffe Hymen wirkt gewissermaßen als Pessar — nicht wieder vorgefallen. Meines Wissens ist bisher kein ähnlicher Fall beobachtet; dies der Grund meiner Mitteilung.

II. Schottlaender (Vortrag): Über die Bestimmung der Schwangerschaftsdauer auf Grund histologischer Placentarbefunde und über etwaige praktische Verwertbarkeit dieser Befunde.

(Ist als Originalartikel in diesem Zentralblatt 1913, Nr. 6 erschienen.)

Diskussion. Hitschmann: Ich kann mich den Ausführungen Schottlaender's ganz anschließen, muß aber hinzufügen, daß dieselben nichts Neues bieten; die geschilderten Veränderungen, die sich im Verlaufe der Schwangerschaft an der Placenta abspielen, sind mir und wie ich glaube jedem, der sich mit der Sache beschäftigt hat, gut bekannt. Es ist für mich gar keine Frage, daß man innerhalb gewisser Grenzen ganz gut Altersbestimmungen durchführen kann. Ich möchte nur bemerken, daß Schädigungen des Epithels wie sie bei Syphilis und auch bei Nephritis vorkommen, sich bei der Altersbestimmung sehr störend bemerkbar machen und zu Fehlschlüssen führen, zumal ihre Veränderungen nicht immer leicht als krankhafte Produkte zu erkennen sind.

Die decidualen Septa möchte ich nicht leugnen; sie kommen zweifellos auch in beträchtlicher Höhe vor, reichen aber natürlich nie an die Membrana chorii hinauf. Ihre Höhe hängt ceteris paribus davon ab, ob die Decidua compacta gleichmäßig vom Ei zerstört wird, wie dick die Kompakta ist und wie tief sich das Ei in diese einbohrt. Die Frage der decidualen Septa hat ja seinerzeit eine Rolle gespielt, heute hat sie aber jede Bedeutung verloren.

Schottlaender: Ich bilde mir nicht ein, für Fachleute viel Neues gebracht zu haben. Indessen ist, soweit ich die Literatur überblicke, von der Verschiedenheit der Chorionmembran kaum, von derjenigen der kernhaltigen roten Blutzellen in den verschiedenen Schwangerschaftswochen gar nicht die Rede, und außerdem fehlt die genauere Zusammenstellung der Befunde für gerichtsärztliche Zwecke, wie Dr. Jägeroos und ich sie gemacht haben.

Bei den Veränderungen des Chorions, die uns etwaige Aussagen unmöglich machen, habe ich die Syphilis nur kurz erwähnt, um Zeit zu sparen. Selbst wenn entzündliche Veränderungen sensu strictiori hier fehlen, so sind doch fast immer Gefäßveränderungen nachzuweisen. Sobald die Gefäße nicht intakt sind, geben wir oder können wir namentlich in der frühen Schwangerschaftszeit kein Urteil abgeben.

Was endlich die Septen anbetrifft, so gibt es zwar kleine deciduale Erhebungen an der Basis. Aber eigentliche, bis zur Mitte der Placenta oder gar bis zur Chorionmembran hinaufreichende Septen kommen nach meiner Erfahrung nicht vor.

Neumann: Auch ich meine, daß es sich um histologische Verhältnisse der physiologischen Placenta handle; doch möchte ich fragen, ob nicht zwischen dem Alter der Placenta und der Gefäßverteilung, bzw. der Anzahl der Zottengefäße zum Stroma ein gewisses Verhältnis besteht? Mir will es scheinen, daß das Verhältnis zwischen der Mächtigkeit des Zottenstromas und der Anzahl und Größe

Digitized by Google

der Gefäße mit dem Alter intensive Beziehungen hat. Die reife Placenta ist am Querschnitt der Zotten manchmal geradezu vakuolisiert, und die Mächtigkeit des Gewebes tritt in den Hintergrund gegenüber der Anzahl der Gefäße.

Ferner möchte ich den Herrn Vortr. bitten, mitzuteilen, ob es auf Grund seiner Untersuchungen nicht möglich wäre, mit Bestimmtheit etwas auszusprechen, was nicht im positiven Sinne gesagt wurde, nämlich, daß die Grenze zwischen Zottenepithel und dem darunterliegenden Zottenstroma in allen physiologischen Fällen eine scharfe sei? Vor vielen Jahren habe ich auf dieses Verhältnis großen Wert gelegt und nachgewiesen, daß das Syncytium in manchen Fällen von Chorioepitheliom gegen das Zottenstroma hineinwächst. Ich habe angenommen, daß ein atypisches Wachstum des Zottenepithels im Sinne einer malignen Wucherung aufzufassen sei. In physiologischen Fällen habe ich nie ein atypisches Verhalten beobachtet, und es wäre bei der Erörterung der physiologischen Verhältnisse der Placenta von Wichtigkeit, zu betonen, daß das typische Verhalten gegen die Unterlage stes nachzuweisen ist.

Schottlaender: Was die erste Frage betrifft, so glaube ich, daß gewisse Beziehungen gefunden werden; ich habe es aber absichtlich vermieden, darüber zu sprechen, weil mir keine speziellen Untersuchungen zu Gebote stehen. Wenn die Zotten in der reifen Placenta einen so großen Gefäßreichtum zeigen, daß man das Stroma nicht sehen kann, so handelt es sich um Hyperämie, die nicht ganz in das Gebiet des Normalen paßt. Es scheint dies nicht immer genügend beachtet worden zu sein, wie denn z. B auch im Hoehl-Moraller'schen Atlas hyperämisches Zottengewebe als normal abgebildet worden ist.

Was die zweite Frage anlangt, so bin ich nicht darauf eingegangen, weil ich nicht über die Pathologie der Placenta sprechen wollte. So lange die Trophoblastzellen da sind, bestehen mitunter Schwierigkeiten, weil die Stromazellen mit Trophoblastzellen verwechselt werden können. Es ist oft nur bei genauer Untersuchung möglich, festzustellen, ob der Trophoblast ganz geschwunden ist. In späterer Zeit, nach Schwund des Trophoblasts, habe ich stets unter normalen Verhältnissen eine scharfe Grenze zwischen Syncytium und Stroma gefunden. Wie das Grenzgebiet beim Chorionepitheliom beschaffen ist, darüber kann ich zurzeit nichts aussagen.

III. v. Graff: Karzinomatöser Uteruspolyp.

Das Präparat stammt von einer 32jährigen Frau, die 5mal geboren hat und wegen einer längerdauernden, namentlich vor einigen Tagen sehr heftigen Blutung aufgenommen wurde, die angeblich im Anschluß an einen Abortus aufgetreten war.

Genitalbefund: Mäßige Blutung, Uterus kleinfaustgroß, weich, Muttermund geschlossen; alte Parametritis links. — Temperatur 38,0°. — Kolostrum reichlich vorhanden. — Diagnose: Abortus febrilis. Die sofortige Abtastung ergab in der Korpuswand links hinten breit aufsitzendes, submuköses Myom von Eigröße, dagegen keine Reste einer vorangegangenen Gravidität. Enukleation des Myoms nach Spaltung der vorderen Cervixwand.

Nach vorübergehender Temperatursteigerung auf 39,2° am 6. Tage afebril.

Mikroskopisch: In den oberflächlichen Partien nur an ganz vereinzelten Stellen von Bindegewebszügen reichlich durchsetztes Muskelgewebe, das herdweise kleine, unregelmäßige Geschwulstzellen umschließt, die das ganze übrige Präparat diffus durchsetzen. An einzelnen wenigen Stellen sind die Zellen in Form solider Drüsenkörper angeordnet, von denen die diffuse Zellwucherung ausgeht, so daß

Digitized by Google

die sichere Diagnose eines in einem Myom entwickelten, primären, drüsigen Karzinoms gestellt werden konnte.

Mit Rücksicht auf diesen Befund 10 Tage nach dem ersten Eingriff vaginale Exstirpation des Uterus.

Die histologische Durchmusterung der verschiedensten Wandpartien ergab bisher nirgends auch nur die geringste Atypie des Schleimhautepithels, so daß vorbehaltlich weiterer Untersuchungen, der Uterus als frei von Karzinom betrachtet werden kann. Es findet sich ausgesprochene, eitrige Endometritis mit Epitheldesquamation und teilweiser Mehrschichtung des Epithels. In den tieferen Schichten dichtes Stroma mit nicht sehr zahlreichen Drüsen, die da und dort in die Muskulatur vordringen.

Klinisch bemerkenswert an dem Fall ist die Vortäuschung eines Abortus durch ein submuköses Myom, pathologisch-anatomisch die karzinomatöse, anfänglich als Sarkom imponierende maligne Wucherung in demselben, und das Fehlen karzinomatöser Veränderungen in den übrigen Partien des Uterus.

Bezüglich der Genese ist das anscheinend doch häufigere Zusammentreffen von Myom (namentlich bei submukösem Sitz) und Karzinom hervorzuheben, was bei dem nach einzelnen Autoren fast regelmäßigen Vorkommen von Bildungsfehlern bei Myom für die fötale Geschwulsttheorie verwertet werden könnte.

Andererseits ist nicht ganz von der Hand zu weisen, daß in derartigen Fällen manchmal der Reiz für die Geschwulstbildung durch die lokalen, infolge des wachsenden Myoms auftretenden Veränderungen gegeben sein kann.

Diskussion: Fleischmann hat im November 1912 in der Gesellschaft der Ärzte einen durch abdominelle Totalexstirpation gewonnenen Uterus gezeigt, in welchem sich neben multiplen, vorwiegend submukösen Myomknoten zahlreiche Knötchen und Rasen in der Schleimhaut des Gebärmutterkörpers vorfanden, die sich mikroskopisch als Adenokarzinom erwiesen. Dort, wo das Karzinom auf die Myomknoten übergreift, nimmt es eine Form an, die in ihrem infiltrativen Wachstum lebhaft an Sarkom erinnert. F. glaubte sarkomatöse Veränderungen vor sich zu haben, bis ihn Schottlaender über die Karzinomnatur der Affektion aufklärte. Die mikroskopischen Bilder dieser karzinominfiltrierten Partien sind den von v. Graff demonstrierten sehr ähnlich.

IV. Patek: Demonstration eines Sarkoms des Dünndarms. (Ausführlich erschienen in Nr. 12, 1912 des Zentralbl. f. Gyn.)

---

4) Geburtshilfliche Gesellschaft zu Hamburg.

Sitzung vom 10. Juni 1913.

Vorsitzender: Herr Rüder; Schriftführer: Herr Schottelius.

Herr Prochownick: Demonstration einer Pat., bei der auswärts eine Hebosteotomie und anschließend Forceps ausgeführt war. Schwere puerperale Infektion, Blasen-Vulvaruptur, die operativ beseitigt wurde. Heilung der Knochenwunde blieb aus. Pat. kam zu P. mit totalem Prolaps, Inversio vaginae, kompletem Dammriß III. Grades bis in das Rektum[1].

Skiagramm: Weites Klaffen der Hebosteotomiewunde, rechter Schambeinast nach innen gedreht. Conj. diag. 8 cm post oper.

Da an eine Rekonstruktion des Beckengürtels zunächst nicht zu denken

[1] Zwischen den freien Enden der Oss. pubis liegt die vorgefallene Blase.

Digitized by Google

war, Operation des Prolapses: Blase zurückpräpariert, Dammriß III. Grades beseitigt, Laparotomie, Ventrifixur und temporäre Sterilisation nach Sellheim.

Zuerst funktionell guter Erfolg, Darm und Blase kontinent, kein Prolaps.

Pat. stellte sich nach einiger Zeit mit beginnendem Rezidiv des Prolapses, mit dem auch gerechnet werden mußte, vor, um sich der geplanten osteoplastischen Beckenoperation zu unterziehen.

Diskussion. Nach Herrn Seeligmann's Ansicht, ist der Mißerfolg der Hebosteotomie auf falsche Indikationsstellung und unrichtige Ausführung der Operation zurückzuführen.

Herr Matthaei, der neulich über ein angeborenes Spaltbecken berichtet hat, betont, daß der Erfolg der geplanten osteoplastischen Rekonstruktion davon abhängt, ob die Art. sacroiliacae noch funktionieren.

Herr Prochownick: Ob die Art. sacroil. beiderseits noch funktionstüchtig sind, und im Sinne der Trendelenburg'schen Operation eine Annäherung der freien Knochenenden ermöglichen, läßt sich einstweilen kaum entscheiden. Die auto- oder heteroplastisch auszuführende Vereinigung der Oss. pubis wird technisch sicher sehr schwierig, aber hoffentlich mit Erfolg durchführbar sein.

Herr Prochownick: Bericht über den Gynäkologentag in Halle.

Die außerordentliche interessante Tagung stand unter dem Zeichen 1) der Bewertung der Abderhalden'schen Schwangerschaftsreaktion, 2) der Strahlentherapie.

Erstere wurde durchweg in ihrer Sicherheit voll anerkannt und bestätigt. Die Strahlentherapie, die noch vor 6 Jahren kühl abgelehnt wurde und erst seit 4 Jahren praktisch an größerem Material erprobt und ausgebaut ist, beherrscht heute nicht nur die Therapie der Myome, sondern ist auch von verschiedenen Kliniken mit anscheinend verblüffendem Erfolg auf Karzinome ausgedehnt.

Die Erfahrungen über Intensiv-Röntgenbestrahlung und Mesothorium kombiniert und allein lauteten ausnahmslos günstig, wenn auch noch die Dosierung in weiten Grenzen schwankt.

Diskussion. Herr Wiechmann betont, daß er als erster das Mesothor therapeutisch versucht und die Wirkung der verschiedenen Strahlenqualitäten an seinem Material, vorwiegend tiefen Hautkarzinomen, erprobt habe. Die Tiefenwirkung geht ungefähr 3 cm tief, die Heilerfolge sind oft verblüffend, leider aber meist nur von vorübergehender Dauer, da es sich nur um »Deckheilungen« handelt, während das tiefliegende Gewebe nicht vollständig gesundet.

Ein wichtiger Faktor bei der Behandlung ist ferner die Reaktionsfähigkeit des Gewebes, die außerordentlich selbst bei demselben Pat. schwankt. Fälle, die anfangs prompt reagiert haben und scheinbar ausgeheilt sind, verhalten sich wenige Monate später, wenn eine erneute Bestrahlung notwendig ist, oft absolut refraktär.

Der Enthusiasmus, von dem Herr Prochownick berichtet hat, scheint W. nach seinen mehrjährigen Erfahrungen zum mindesten sehr übertrieben; von Heilung darf man nach so kurzer Zeit überhaupt noch nicht sprechen, sondern höchstens von experimentellen Ergebnissen. Geradezu unverständlich ist es, wenn auf Grund der vorliegenden Resultate die Indikationsstellung zur Operation beeinflußt und ein operabler Fall ausschließlich bestrahlt wird. Man sollte wenigstens so weit wie möglich das Karzinom — am besten mit der Forest'schen Nadel — entfernen und dann erst Strahlentherapie zur Anwendung kommen lassen.

Herr Prochownick spricht seine Freude über die auf eigenen Erfahrungen beruhende Kritik Herrn Wiechmann's aus und wiederholt, daß er nur die

Digitized by Google

auf dem Kongreß veröffentlichten Erfolge berichtet habe, ohne persönlich mangels eigener Erfahrungen zu der Frage Stellung nehmen zu wollen.

Herr Deseniss fragt Herrn Wiechmann nach seinen Erfolgen mit Thor. X-haltigen Injektionen.

Herr Wiechmann erwidert, daß die Thor. X-Injektionen, lokal und intravenös angewandt, fraglos eine enorme Emanationskraft ausüben können. Lokal (subkutan) führen sie aber zu hochgradigen, sehr schlecht heilbaren Ulcera. Mit gutem Erfolge sind sie intravenös bei perniziöser Anämie versucht. Ferner von Czerny auch bei Karzinomen und von W. selbst bei Psoriasis. Übrigens sind aus Berlin schon zwei Todesfälle nach Thor. X-Injektion berichtet. Die Thor. X-Therapie ist jedenfalls wesentlich billiger als Mesothortherapie.

Herr Matthaei fragt nach Dauerheilungen durch Mesothorbestrahlung.

Herr Wiechmann hat Dauerheilungen im allgemeinen nur in leichten Fällen, in denen man mit den Strahlen bis an die Grenze der Wucherung kommen konnte, gesehen.

Herr Seeligmann teilt mit, daß Krönig auf dem Kongreß hervorgehoben habe, daß tiefer liegende karzinomatöse Prozesse und Metastasen nicht durch das Mesothor angegriffen seien.

Vielleicht liegen die Heilungsaussichten bei dem Zylinderepithelkrebs des Uterus auch günstiger als bei den Plattenepithelkarzinomen, die Herr Wiechmann behandelt habe.

Schließlich besteht auch ein Unterschied zwischen dem zentralen Teil eines Karzinoms und der invadierten Randzone, die durch das Mesothor nicht so stark angegriffen wird wie das Zentrum.

Herr Calmann fragt nach Sektionsbefunden, die nach Mesothorbestrahlung erhoben sind.

Herr Prochownick: In einzelnen Fällen wurden noch Karzinomreste festgestellt, es sind aber auch völlig negative Befunde erhoben.

Herr Rüder spricht Herrn Wiechmann den Dank der Versammlung für seine eingehenden und wertvollen Mitteilungen aus.

---

5) Gynäkologische Gesellschaft in Budapest.

Sitzung vom 22. April 1913.

Vorsitzender: Tauffer; Schriftführer: v. Kubinyi.

1) Petö (Vortrag): Klinische und histologische Studien über die Wertheim'sche Operation bei Gebärmutterkrebs.

Untersuchte 100 Präparate aus Dirner's Sammlung histologisch, um zu bestimmen, wie weit im Gesunden operiert worden ist. Dirner teilte die Fälle in zwei Gruppen. Für »leicht« bezeichnete er den Fall, wo am Collum noch keine ausgedehnte Zerstörung vorhanden war, die Beweglichkeit der Gebärmutter gut, der Kräftezustand der Pat. befriedigend, für »schwer«, wo sich schon ein tiefer Krater bildete und eine Ausbreitung des Prozesses auf die Vagina, auf das Parametrium erfolgte, die Beweglichkeit der Gebärmutter aufgehoben war, die Nachbarorgane jedoch frei, der Kräftezustand leidlich. Im untersuchten Material befinden sich 27 leichte, 71 schwere Collumkrebse. 2 Korpuskrebse zählen zu den leichten. Er fand im Parametrium der exstirpierten Uteri von 71 in 4, von 29 in 3 Fällen Krebs. Im Scheidenstumpf ließ sich 4mal Karzinom nachweisen.

Digitized by Google

Die radikale Exstirpation kann somit auch bei schweren Fällen mit Erfolg ausgeführt werden, hingegen kann sie auch bei leichten Fällen mißlingen. Die primäre Mortalität zeigte 14% (1 leicht, 13 schwer). — Dauernd geheilt (5 Jahre rezidivfrei) sind 10 (6 leichte, 14 schwere). Seit 3—4 Jahren rezidivfrei sind 15 (5 leichte, 10 schwere). Sicher rezidiv sind 23 (4 leichte, 19 schwere). — Ohne lokale Rezidive sind 13 gestorben (3 leichte, 10 schwere). Verschollen sind 20 (6 leichte, 14 schwere).

Tauffer ist der Meinung, daß, nachdem Dr. Dirner dahingeschieden ist, der Erfolg seiner Tätigkeit keinen Gegenstand für eine Diskussion bilden kann. Von einer Diskussion wird Abstand genommen.

2) v. Kubinyi: Akute Miliartuberkulose, erfolgt aus einer Genitaltuberkulose.

Der Fall ist interessant, indem laut Anamnese ein Abortus vorausgegangen war und die Erkrankung vollkommen eine metastatische Lungenerkrankung vortäuschte, und zwar in der Form einer Verschleppungsbakteriämie, mit täglichen Schüttelfrösten.

I. I., 26jährig. Seit dem 15. Jahre verheiratet, nach einem Abortus im 4. Monat längere Zeit krank; jetzt nach einem angeblich $3^1/_2$monatigen Abortus Fieber, Unterleibsschmerzen. Bei der Aufnahme ins Krankenhaus der Poliklinik Temperatur 38,4°. Uterus vergrößert, Adnexe beiderseits geschwollen, im Douglas alte, harte Schwarten. — Antiphlogistische Behandlung. Bald Schüttelfrost, Hustenreiz, Dyspnoe, physikalische Zeichen einer Pleuropneumonie, welche laut Anamnese als metastatisch gedeutet wird. Der weitere Verlauf zeigt das Bild einer Pyämie, täglich Schüttelfröste, hohes Fieber. Auffallend ist die schwere Dyspnoe und die hochgradige Cyanose. Sensorium rein. Rascher Kräfteverfall, Abmagerung, am 45. Tage Exitus. Die Obduktion (Dozent Entz) ergibt eine Genital-, und zwar Uterus- und Tubentuberkulose älteren Datums und eine akute miliare Tuberkulose der Lungen. Als primär muß die Genitaltuberkulose gedeutet werden, von wo aus die Erkrankung der Lunge wahrscheinlich hämatogen entstand. Hervorgehoben soll die hochgradige Cyanose werden als ein Zeichen der diffusen Lungenerkrankung, wovon man eventuell eine Dissemination der Tuberkulose vermuten darf.

Diskussion. Scipiades: Anläßlich des Kongresses der Deutschen Gynäkologischen Gesellschaft zu München hat sich Krönig dahin geäußert, daß eine isolierte Genitaltuberkulose ohne gleichzeitig andernorts lokalisierte Herde so gut wie nie einwandfrei durch Autopsie erwiesen sei.

Zum selben Resultat gelangt Amann in seinem Referat anläßlich des römischen Kongresses. Amann, Schlimpert und Schmorl haben in keinem einzigen ihrer 73 Fälle primäre Genitaltuberkulose konstatiert. Zu den durch Pankow und Simmond veröffentlichten 1, bzw. 4 Fällen ist die Bemerkung hinzugefügt, daß sich in diesen Fällen die Sektion nicht auf sämtliche Körperteile ausgedehnt hat, so zum Beispiel nicht auf die Knochen usw.

v. Kubinyi (Schlußwort): Die von Scipiades zitierte Ansicht stammt von vereinzelten Autoren, andere, z. B. Fromme, Heynemann, Veit usw. teilen sie nicht. Es wäre auch sonderbar, daß die Möglichkeit der primären Erkrankung eben bei der Tube fehle, wo wir doch wissen, daß die Tuberkulose jeden Teil des Organismus ergreifen kann. Nur zu beweisen ist es schwer. Auf diese Weise kann man diesen abstrakt theoretischen Einwand gelten lassen. Dann darf man aber überhaupt von keiner primären Lungen-, Nieren- usw. Tuberkulose

Digitized by Google

mehr sprechen, es konnten nämlich Tuberkelbazillen in einer Lymphdrüse, in einer Narbe, welche vielleicht noch vom Kindesalter herrührt usw. verborgen gewesen sein. — Wie kann man das finden? Übrigens hat er auf diese Frage absolut kein Gewicht gelegt, die Hauptsache ist, daß die Lungenerkrankung die zuletzt entstandene war. Den Fall hat er als Beispiel der diagnostischen Schwierigkeiten demonstriert.

3) v. Kubinyi: Sarcoma uteri.

G. H., 51 Jahre alt. Hereditär nicht belastet. Seit 23 Jahren trägt sie eine Geschwulst, welche jedoch keine Beschwerden verursachte, und zwei bedeutende Fachleute erklärten, daß die Operation überflüssig, indem die Geschwulst gutartig sei. Vor 17 Tagen erkrankte sie plötzlich unter heftigem Brechreiz und Unterleibsschmerzen. Hier und da zeigt sich auch Fieber, manchmal bis 39°.

St. pr.: Ausgesprochene Kachexie, Anasarka, Ascites. Leber vergrößert. In den hinteren Lungenlappen Atelektase. Bis zum Nabel reichende Geschwulst, von teigig weicher Konsistenz, welche von der Gebärmutter ihren Ausgang nimmt.

Diagnose: Sarcoma uteri, wahrscheinliche Lebermetastase. Das Fieber deutet auf Nekrose in der Geschwulst hin. Schon wegen der hochgradigen Schwäche der Pat. kein operativer Eingriff zulässig. Es werden Röntgenbestrahlungen versucht. Inzwischen rascher Kräfteverfall, Inanition, am 13. Tage der Beobachtung Exitus.

Autopsie: Die Geschwulst entspringt aus der rechten, vorderen Wand der Gebärmutter und hängt mit dieser bloß an einer zweikronengroßen Fläche zusammen. Sie entspricht somit einem subserösen Fibrom. An der linken Seite der vorderen Gebärmutterwand noch ein anderer subseröser Knoten.

Mikroskopisch erwies sich die größere Geschwulst als ein polymorphzelliges Sarkom mit vielen Riesenzellen. Stellenweise sind Spindelzellen aufzufinden. Zahlreiche Blutungen und Nekrosen.

Alles deutet darauf hin, daß wir der sarkomatösen Entartung eines vorher durch 2 Jahrzehnte hindurch bestandenen, gutartigen Fibroms des Uterus gegenüber stehen. Die Umwandlung erfolgte im Klimakterium plötzlich, und der weitere Verlauf glich einer akuten Erkrankung.

Die Fibromyome des Uterus müssen also eben im klimakterischen Alter, wo sie eigentlich schon harmlos werden, einer scharfen Beobachtung unterzogen werden, um bei Zeichen dieser verhängnisvollen Veränderung rechtzeitig eingreifen zu können.

Tauffer: Daß die Myome der Sitz sarkomatöser Degeneration sein können, und diese im späteren Lebensalter bei Bestand der Fibrome über Dezennien vorkommen kann, ist durch diesen Fall neuerdings bewiesen. Es ist wahrhaftig zu bedauern, daß die Diagnose meistens zu spät festgestellt wird. Er weist auf einen Symptomenkomplex hin, auf welchen ein diesbezügliches Referat Veit's vor Jahren die Aufmerksamkeit lenkte. Wenn in einem seit Dezennien bestehenden Myom eine gewisse Veränderung erfolgt, d. h. die Pat., die ihre Geschwulst gewöhnt war und auf diese gar nicht mehr achtete, darauf wieder aufmerksam wird, eine Schwellung und Spannung empfindet, wenn ein unbestimmter Schmerz sie beunruhigt (und das Bewußtsein der Geschwulst wirkt auch schon psychisch deprimierend auf sie), das Äußere und die Ernährung leidet, so tritt manchmal ein schwacher, rötlicher Ausfluß auf (ohne objektive Veränderung der Geschwulst). Pat. wird kachektisch; dann ist mit großer Wahrscheinlichkeit anzunemen, das im Myom eine sarkomatöse Degeneration erfolgt sei. Wenn wir die exstirpierte Ge-

Digitized by Google

schwulst einer zur Zeit des Klimakterium operierten Pat. histologisch untersuchen, können wir uns von der Verwendbarkeit dieser Symptomengruppe überzeugen. Ohne die histologische Untersuchung würde die Geschwulst in die Statistik als einfaches Myom eingereiht.

v. Kubinyi (Schlußwort).

4) v. Kubinyi: Bei Gebärmutterkrebs entstandene Thrombose der Vena femoralis und Embolie der Aa. pulmonalis.

40jährige Frau. Vor 3 Monaten wurde die Diagnose »Gebärmutterkrebs« durch Probeexzision gestellt. Da sie aber keine Schmerzen verspürte, wollte sie sich keiner Operation unterziehen. Nachdem sie jetzt arbeitsunfähig geworden, meldet sie sich zur Aufnahme.

Der Prozeß beschränkt sich noch immer auf die Muttermundslippe, greift aber auf das hintere Scheidengewölbe und das Parametrium über. Operabel.

Am zweiten Tage nach der Aufnahme erfolgt plötzlich der Tod, bevor sie zur Operation gekommen war.

Bei der Autopsie findet sich die Arteria pulmonalis durch einen mächtigen Embolus verstopft. Dieser nimmt seinen Ausgang aus der rechten Vena femoralis, wo sich eine ausgedehnte Thrombose befindet. Hervorzuheben ist, daß sich das Drüsensystem, bei noch relativ günstigem Stadium der Erkrankung, schon als weit erkrankt erwies, indem selbst die mesenterialen Drüsen krebsig waren.

Woher die Thrombose stammt, ist schwer nachzuweisen. Bei blutenden Krebsen steht die Blutung durch Thrombose, die reaktive Entzündung in der Umgebung des Krebses begünstigt das Entstehen einer ausgedehnten Thrombose, wozu eventuell noch die hydrämische, marantische Blutbeschaffenheit tritt.

Der Fall zeigt, daß uns bei Krebsoperationen gelegentlich auch die Gefahr einer Embolie droht. Dies wäre in diesem Falle sicher eingetreten, wäre es zur Operation gekommen. Auf die Thrombose der Vena femoralis deutete weder eine ödematöse Schwellung, noch irgend ein anderes Zeichen hin.

5) Geheilter Fall von Totalexstirpation der Gebärmutter bei allgemeiner puerperaler Peritonitis. (Aus der Privatpraxis.)

42jährige, verheiratete Pat. Hat 3 lebende Kinder. Jetzt im 4. Monate der Schwangerschaft protahierter Abortus. Ein Arzt versucht bei 38,5° T. den Uterus mit Instrumenten zu entleeren. Nach Dilatation der Cervix entfernt er die Hälfte des Fötus und die Placenta, der Rumpf und Kopf ist aber nicht zu finden. Er glaubt, daß sie die weite Gebärmutterhöhle birgt; nachdem sich aber nichts entleert hatte, die Frau weiter fieberte und große Unterleibsschmerzen hatte, versuchte er noch zweimal, den fehlenden Teilen nachzuspüren. Inzwischen verschlechterte sich der Zustand zusehends, und es entwickelt sich das Bild einer allgemeinen Peritonitis. Jetzt wurde es ihm klar, daß hier wahrscheinlich eine Uterusperforation vorliegt. v. Kubinyi sah den Fall, als schon 5 Tage seit der Perforation verstrichen waren. Alle Zeichen einer diffusen Peritonitis waren ausgesprochen.

Die in der Narkose vorgenommene Untersuchung zeigt, daß es sich um eine breite Perforation oberhalb der Excavatio vesico-uterina handelt.

Bei der Eröffnung der Bauchhöhle steigt ein förmlich aashafter Gestank empor. Die dunkelroten aufgetriebenen Darmschlingen sind mit einem rötlichen, serösen Exsudat umgeben.

Im Becken frische fibrinöse Verklebungen. Der Fötus lag vor dem rechten

Digitized by Google

Lig. latum. Die Blase ist vom Uterus breit abgelöst. Oberhalb der Excavatio befindet sich die Perforationsöffnung, welche sich weit in das rechte Parametrium erstreckt. Alle Wunden zeigen einen dicken speckigen Belag.

Es wurde nun reichlich Hydrogensuperoxyd in die Bauchhöhle gegossen, wie er es seit 4 Jahren bei jeder unreinen Operation tut. Nachher wurde trocken ausgewischt, nach der Scheide hin mit Jodoformgaze drainiert, wobei die belegten Flächen bedeckt wurden, und oberhalb wurde das Blasenperitoneum mit dem Rektum vernäht, so daß die Quelle der Infektion aus der Bauhhöhle möglichst ausgeschaltet wurde. Durch den unteren Winkel der Bauchwunde wurde ein Mikulicztampon hinausgeleitet.

Die Erscheinungen der Peritonitis wichen allmählich. Heilung. Schade, daß die bakteriologische Definition der Peritonitis in der Hitze des Gefechtes unterblieb. Alles deutet darauf hin, daß es sich hier um eine putride Peritonitis, und nicht um eine Streptokokkenperitonitis handelte.

Tauffer. In diesem Falle ist ohne Zweifel das Interessante, daß die am 5. Tage nach der Manipulation operierte Kranke noch zu heilen war. Dies ist über jeden Zweifel ein heroischer Entschluß und ein sehr schöner Erfolg, und der Operateur hat ein großes Glück gehabt, daß eine putride Infektion, daher eigentlich eine Intoxikation vorhanden war. Allenfalls ist es ein ermutigender Fall, daß wir sogar unter verzweifelten Umständen die Hoffnung nicht aufgeben.

Tóth hatte in vier Fällen Gelegenheit, nach Abort entstandene, violente Uterusrupturen operieren zu können. Zwei unmittelbar nach der Ruptur.

Im ersten Falle entleerte er den Uterus und entfernte ihn per vaginam. Die Pat. starb. Bei der Sektion ward zwischen den Därmen unter der Leber ein Placentarrest vorgefunden, dessen Verjauchung die tödliche Peritonitis verursachte.

Im zweiten Falle kam die Pat. ebenfalls unmittelbar nach der violenten Perforation zur Behandlung. Er machte die Laparotomie. In der Bauchhöhle fand sich ein mazerierter Fötus vor. Er exstirpierte den Uterus. Heilung.

Im 3. und 4. Fall wurde die Operation am 4. bzw. am 5. Tage durchgeführt. In beiden Fällen hat der Arzt nach der Perforation die Därme hinunter-, sogar in die Scheide hineingezogen und ließ die Pat. mit einer Scheidentamponade in die Hauptstadt transportieren. Es bestand schon eine Peritonitis. In beiden Fällen war in der Scheide gangränöser Darm vorhanden. Laparotomie, Resektion des gangränösen Darmes, Totalexstirpation der perforierten Uteri. Drainage. Beide Fälle verliefen letal. Er konkludiert dahin, daß nach der Ruptur die Operation unverzüglich vorzunehmen sei. Die beiden Herren haben sehr unrichtigerweise gewartet. Er findet es sehr wichtig, daß in jedem Falle, wenn man die Perforation nicht selbst verursacht hat, statt der vaginalen Operation die Laparotomie wähle, da zwischen den Därmen Fötusteile vorkommen können, deren Verjauchung für die Kranke verhängnisvoll wird.

v. Kubinyi (Schlußwort) hebt die Eingießung von H_2O_2 in die Bauchhöhle hervor. Diesbezüglich bemerkt er, daß er schon anläßlich des Kongresses zu Budapest dieses Verfahren empfohlen habe und bei jeder derartigen, unreinen und septischen Operation seit Jahren mit sehr gutem Erfolg anwende.

Scherer. 1) Ein Fall von Genitaltuberkulose. D. A., 21 J. alt. IIpara. Sie wurde mit der Diagnose Tbc. peritonei und Ascites von der medizinischen Klinik transferiert. Die innere Untersuchung ergibt neben der Cervix kleinere und größere Knoten. Bauchumfang 92 cm. Die explorative Laparotomie beweist die totale Verwachsung der Darmschlingen und des Netzes. Nach der Entleerung

Digitized by Google

von ungefähr 6 Litern reiner Ascitesflüssigkeit wurden aus dem Douglas sehr viele Fibrinhäute entfernt. Uterus frei beweglich. Beiderseitige Tuben sind fingerdick, mit tuberkulösen Knötchen übersät. Die Fimbrien frei, geschwollen, hochrot. Die Ovarien sind in Fibrinmasse vollkommen eingebettet. Nach sorgfältiger Entleerung des Ascites Schluß der Bauchwunde. Später eröffnete ich die Bauchwunde. Nach längerer Behandlung sekundäre Naht, welche später wieder aufriß. Es entleert sich ständig viel grünlicher Eiter, am 37. Tage Exitus. Sektion: Die retroperitonealen Drüsen sind bohnengroß, käsig. An der Pleura, in Lungen, Nieren, Milz und im Dünndarm sind massenhaft Miliarknötchen, Fettleber, beide Venae femorales thrombosiert. Uterus 7 cm lang, die Wandung auffallend weich, mit zahlreichen, verkästen Knötchen besetzt. Die Schleimhaut ist auch mit käsiger Masse bedeckt. Die Tuben, auf denen mit gelblich-rötlichem Hof begrenzte Flecken und plastisches Exsudat sichtbar sind, fingerdick. Die Tuben und Ovarien verwachsen. Erwähnenswert ist die Exazerbation der Tuberkulose im Puerperium, ferner, daß die Laparotomie von keiner therapeutischen Wirkung war.

2) Retroperitonealer Tumor. 40jährige Frau, bei welcher ein zwischen beiden Platten des Lig. latum ohne jeden Zusammenhang mit den Adnexen und Uterus stehender Tumor durch Laparotomie entfernt wurde, dessen Dimensionen $20^1/_2 \times 18 \times 9^1/_2$ cm sind. Diagnose: Fibromyoma mit myxomatöser Degeneration. Der Tumor entstammt höchstwahrscheinlich dem Lig. latum.

Bogdanovics. 1) Graviditas in cornu rudimentario uteri bicornis. 20 Jahre alt, Ipara vor $1^1/_2$ Jahren. Letzte Menstruation vor 5 Monaten, seit dieser Zeit verspürt sie in der rechten Seite des Bauches ständig Schmerzen und sehr starke Krämpfe. Der Bauch wächst langsam.

Im Bauch ist ein bis zum Nabel reichender, mehr rechtseitig liegender Tumor tastbar, welcher rund, massiv und empfindlich ist. Cervix normal. Rechts, durch eine Furche getrennt, ist der obenerwähnte, kindskopfgroße Tumor tastbar. Die Pat. stand vom 12. Okt. bis 4. Nov. unter Beobachtung. Diagnose: Extrauteringravidität, und zwar hinsichtlich der Schmerzhaftigkeit und des breiten Zusammenhanges mit dem Uterus eventuell interstitielle Gravidität.

4. XI. Laparotomie in der Medianlinie. Uterus faustgroß, weich, nach links geschoben. Von dem rechten Rande ging mit einem kurzen, dicken Stiel in elastischer, bläulicher Tumor aus. Darm- und Netzadhäsionen.

Nach Unterbindung und Resektion des Netzes wurde der Dünndarm in der Weise gelöst, daß von der Kapsel des Tumors die den Adhäsionen entsprechenden Partien am Darm zurückblieben. Der Dickdarm wurde in gleicher Weise gelöst. Keine Serosaverletzung.

Inzwischen platzt die Fruchtkapsel, eine sechsmonatige lebende Frucht wurde entfernt. Jetzt wurde erst das Verhältnis des Tumors zum Uterus klar. An der Basis des Fruchtsackes ist eine kurze, dicke, muskulöse Partie, welche mit dem rechten Rand des Uterus zusammenhängt, ungefähr von der Höhe des Orificium internum beinahe bis zum Fundus. Das kurze und breite Lig. rotundum, wie auch die rechte Tube und das Ovarium befinden sich an der äußeren Seite des Eisackes. Ligierung des rechten Winkels des Uterus, von hier aus wurde die breite gestielte Basis des Tumors mit Kettennähten vernäht. Der Stumpf über der Naht durchgetrennt und peritonisiert. Nach der Operation Temperatur 37,1°; Puls 124. Im Laufe des Vormittags Puls 136, beschleunigtes Atmen. 1000 g Lockelösung intravenös. $1^1/_2$ Stunden darauf Schüttelfrost.

Digitized by Google

Temperatur 39,3°, Puls 160. Von nun an ständig hohe Temperatur. Beschleunigter Puls. Erbrechen. Am anderen Tag T. 40,0°, P. 160. Bauch aufgebläht, druckempfindlich. Relaparotomie. Aus dem Douglas wurde Luftblasen enthaltende, ungefähr 2 dcl rötlich-bräunliche Flüssigkeit entfernt. Die Bauchhöhle wurde mit Lockelösung gespült. Drainage. Morgens T. 40,0°, P. 140. Darmgase gehen ab, es erfolgt Stuhlentleerung. Auf Digalen, Kochsalzinfusionen bessert sich der Puls. Temp. sinkt. Vom 7. Tage fieberfrei. Am 38. Tage Sekundärbauchwandnaht.

Bei Entlassung: Uterus normal, anteflektiert. Es handelte sich also um eine im rechtseitigen, rudimentären oder atretischen Horn des Uterus bicornis entstandene Schwangerschaft. Das Corpus luteum war im linken Ovarium. Somit bestand hier eine sog. äußere Überwanderung des Eies.

2) Gynatresia congenita neben Uterus bicornis duplex. Hämatometra, rechtseitige Hämatosalpinx. 22jährige Pat., hatte nie menstruiert. Seit einem Jahre 2—3monatlich wiederkehrende Schmerzanfälle. Seit einem Jahre bemerkt sie eine Geschwulst im Leibe, die während der Dauer der Schmerzen wächst und besonders Urinbeschwerden verursacht. An Stelle der Schamspalte blind endendes Säckchen. Vom Rektum aus im kleinen Becken rechts ein gänseeigroßer Tumor zu fühlen, an dessen linkem Rande ein hühnereigroßer, harter Knoten sitzt. Diagnose: Fibroma uteri, eventuell eine Entwicklungsstörung.

Laparotomie. Mit dem rechten Rande des vergrößerten Uterus hängt ein hühnereigroßer, harter Tumor breit zusammen, aus dessen äußerer rechter Seite ein anderer perlhühnereigroßer, dunkelbläulich scheinender Tumor ausgeht, in dessen Fortsetzung die mit gesunden Fimbrien endende Tube liegt, mit normalgroßem Ovarium, darin Corpus luteum sichtbar. Diagnose: Uterus bicornis mit Hämatometra, und rechtseitiger Hämatosalpinx. Es wurde eine supravaginale Amputation beabsichtigt. Während des Abschiebens der vorderen Peritonealplatte reißt die bis zum Fundus des linken Uterushornes reichende Blase ein, deshalb wird von der Amputation Abstand genommen. Die linsengroße Blasenverletzung wurde vernäht, der vordere Peritoneallappen wieder am Fundus des linken Hornes angeheftet, das rechte Horn samt Adnexen exstirpiert, der Stumpf peritonisiert. Die gesunden linken Adnexe wurden auch entfernt, um die Menstruation zu vereiteln. Dauerkatheter. In den ersten neun Tagen: Bronchitis, später glatter Verlauf. Die Atresie betrifft die ganze Scheide und den Cervicalkanal, ist also höchstwahrscheinlich kongenital, hierfür spricht die Anwesenheit der Entwicklungsstörung, ferner der Mangel anderer ätiologischen Momente (Infektionskrankheiten, Ätzungen).

Diskussion. Barsony: Darmverwachsungen kommen fast bei jeder Extrauteringravidität vor, deren Lösung manchmal leicht, manchmal schwerer und nur mit Verletzung der Darmserosa gelingt. Mit den Eihäuten verwachsene Darmwand und Netz sind häufig sehr brüchig. Aber auch ohne Verletzung kann der Darm nach der Ablösung leicht durchgängig werden, und dies kann zur Infektion führen. Aus diesem Grunde läßt er lieber den an der Darmwand angewachsenen Kapselrest zurück und vernäht die Bauchwandfascie nicht wie gewöhnlich mit fortlaufender Naht (Nobel-Herff), sondern mit Knopfnähten (Mayo), damit im Falle einer Coliinfektion die Bauchhöhle wo immer geöffnet werden kann.

So war es auch im ersten Falle. Der Allgemeinzustand der Pat. ließ auf keine Strepto- oder Staphylokokkeninfektion deuten, und nach der Relaparotomie verbesserte sich tatsächlich ihr Zustand.

Digitized by Google

Betreffs des zweiten Falles bemerkt er, daß wahrscheinlich infolge einer Entwicklungsstörung die Blase am Fundus uteri angewachsen war, so daß auch keine Excavatio uterovesicalis vorhanden war. Beim Versuche sie abzulösen, wurde die Blase verletzt, demnach war zwischen der Blase und dem Uterus kein lockeres Bindegewebe vorhanden, welches die leichte Ablösung ermöglicht hätte.

Radiologie.

6) **Th. Christen** (Bern). **Messung und Dosierung der Röntgenstrahlen.** Preis 12 Mk. Hamburg, Lucas Gräfe & Sillem, 1913.

Das Werk stellt den 28. Ergänzungsband zu den Fortschritten auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen dar, die von Albers-Schönberg herausgegeben sind, und gehört zu dem Sammelwerk: Archiv und Atlas der normalen und pathologischen Anatomie in typischen Röntgenbildern.

Messung und Dosierung der Röntgenstrahlen sind trotz des enormen Ausbaues der Röntgentechnik in den letzten Jahren immer noch ein Gebiet, auf dem noch viele Probleme zu lösen sind, bevor das Ideal erreicht wird. Trotzdem fast dauernd neue Meßmethoden angegeben werden, fehlt noch immer »die Meßmethode«. Mit besonderer Freude ist es daher zu begrüßen, daß gerade C., der, wie Albers-Schönberg mit Recht hervorhebt, einer der besten, wenn nicht der beste Kenner der bestehenden Meßmethoden ist, den heutigen Stand dieser Frage und seine großen Kenntnisse auf diesem Gebiet in klarer und anschaulicher Weise niedergeschrieben hat. Alles bis jetzt Bekannte wird in erschöpfender Weise dargestellt, alle Dosierungsmethoden werden in objektiver und kritischer Weise beschrieben und beleuchtet. Und wenn auch der Verf. selbst in seiner Schlußbemerkung hervorhebt, daß man hinter vielen Angaben und Ausführungen noch ein großes Fragezeichen machen muß, so ist das Buch dennoch, abgesehen von der Einführung in dieses schwierige Gebiet, durch die Anregungen zur weiteren Arbeit und Forschung von sehr großem Werte und wird zur Erreichung einer einwandfreien und praktischen Meßmethode sicher förderlich sein. Langes (Kiel).

7) **Bordier** (Lyon). **Biochemische Wirkung der Strahlen, insbesondere der Röntgenstrahlen.** (Strahlentherapie Bd. II. Hft. 2. 1913.)

Unter den verschiedenen Strahlen interessieren den Arzt die infraroten, die lichtspendenden, die ultravioletten, die X- und die γ-Strahlen.

Die infraroten Strahlen bewirken ohne Latenzperiode Wärmegefühl, Gefäßerweiterung mit nachfolgendem Erythem und Schweißausbruch. Die Reaktionserscheinungen entstehen sofort nach der Absorption und verschwinden fast ebenso schnell.

Die Lichtstrahlen rufen auf der Retina die zum Gebiete der Optik gehörenden Erscheinungen hervor (chemische Wirkung auf den Sehpurpur).

Die ultravioletten Strahlen ihrerseits, die rein von der Quecksilberdampf- und Quarzlampe ausgehen, üben eine energische bakterizide Wirkung auf Mikroorganismen und Protozoen aus und verwandeln Hämoglobin in Methämoglobin an der Stelle der Einwirkung, ohne indes infolge ihrer geringen Penetrationskraft Veränderungen der Blutkörperchen hervorzurufen. Sie führen an der bestrahlten Stelle nach mehrstündiger Latenzzeit zu einem Erythem mit Abschälung der Hornschicht und Rarefizierung des Stratum granulosum und zu einer Eiweißgerinnung in den oberflächlichen Epidermiszellen. Nach 8 Tagen ist die Regeneration erreicht.

Digitized by Google

Die Röntgenstrahlen wirken je nach der applizierten Menge sehr verschieden. Kleine Dosen rufen eine Anregung des normalen Chemismus und der Wachstumsvorgänge der keimenden Pflanzenzellen hervor. Stärkere Dosen schädigen, sehr große zerstören sie vollkommen. Im Gegensatz zu den ultravioletten Strahlen haben die X-Strahlen keinerlei Einfluß auf Bazillen und Protozoen, was sich wahrscheinlich aus dem Mangel an einer unmittelbar chemischen Wirkung im Gegensatz zu der starken, biochemischen Beeinflussung erklärt. Aus demselben Grunde besteht auch keinerlei Einwirkung auf das Blut, Spermatozoen usw. in vitro. Die tierische Eizelle wird durch größere und große Dosen in der Entwicklung gehemmt bzw. aufgehalten.

Für die biochemischen Wirkungen werden drei Sätze angeführt, die von Bergonié und Tribondeau aufgestellt sind:

1) Die Radiosensibilität lebender Zellen ist um so größer, je größer ihre reproduktive Kraft ist,

2) je länger ihr karyokinetisches Werden dauert,

3) je weniger ihre Morphologie und ihre Funktion definitiv bestimmt sind.

Da jedoch durch diese Sätze die Radiosensibilität mancher Zellarten nur teilweise erklärt ist, insbesondere die größere Empfänglichkeit von Zellen jüngerer Generationen und auch die Latenzperiode nicht gedeutet werden kann, werden auf Grund experimenteller Untersuchungen besonders an der Linse Veränderungen des kolloidalen Zustandes der Zellgranula als letzte Ursache der Radiosensibilität herangezogen. Eine neugebildete Zelle enthält weniger Granula als eine ausgewachsene. Durch die Röntgenstrahlen sollen nun diese Granula zur Ausfällung gebracht werden; jedoch kann eine Regeneration eintreten, wenn nicht alle Granula verändert bzw. noch genügend Granula vorhanden sind. Bei Zellen jüngerer Generation und hohen Röntgendosen wird diese Regeneration nicht mehr eintreten können, daher die frühere Zerstörung der jüngeren Zellen. Zugleich wird durch die zur Regeneration notwendige Zeit die Latenzperiode leicht erklärt.

Langes (Kiel).

8) **Falta (Wien). Chemische und biologische Wirkung der strahlenden Materie.** (Strahlentherapie Bd. II. Hft. 2. 1913.)

Die Becquerelstrahlen besitzen ähnlich wie die ultravioletten und die Röntgenstrahlen intensive chemische Eigenschaften, und zwar macht es keinen Unterschied, ob es die α-, β- und γ-Strahlen des Radium selbst und des Aktinium oder die Zerfallsprodukte dieser Stoffe (Thorium X, Mesothorium, Aktinium X, Radiumemanation usw.) sind. Diese chemischen Eigenschaften bestehen in einer Hämolysierung des Blutes, Hydrolyse von Eiweiß- und Stärkelösungen, Bleichung von Chlorophyll, Zerlegung von Wasser in H und O usw. Ferner werden lösliche Fermente durch die Becquerelstrahlen gehemmt, aber nicht aktiviert; trotzdem kann aber durch Veränderung des Substrates die Fermentwirkung erhöht werden. Die Wirksamkeit der endozellulären Fermente wird durch die Bestrahlung gesteigert. Pflanzliche Organismen leiden durch die Bestrahlung in ihrem Wachstum bei Applikation hoher Dosen, kleine Dosen beschleunigen das Wachstum höherer Organismen. Bei höheren tierischen Organismen bewirken die radioaktiven Körper in kleinen Mengen eine gesteigerte Tätigkeit der blutbildenden Organe (Hyperleukocytose, Erythrocytenvermehrung), in größeren Mengen appliziert, tritt Leukopenie ein und noch später eine Erythrocytenverminderung. Kleine Dosen bewirken außerdem eine Anregung des Gefäß- und Nervensystems und der Keimbildung. Die biologischen Wirkungen lassen sich dahin zusammenfassen, daß

Digitized by Google

die Becquerelstrahlen die Vorgänge im Protoplasma bei kleinen Dosen begünstigen und bei großen Dosen zerstören. Langes (Kiel).

9) **S. Meidner (Berlin). Über den derzeitigen Stand der gynäkologischen Röntgentherapie.** (Therapie der Gegenwart 1913. April. p. 169.)

Kurze Übersicht mit Referierung der Ansichten bzw. Technik von Gauss, Loose, H. E. Schmidt, Albers-Schönberg, Lorey, Levy-Dorn, Köhler u. a. Am aggressivsten sei die Freiburger Methodik. Die Berichte über die Ergebnisse lauteten überwiegend günstig. Die hauptsächlichsten Indikationen seien wohl die durch Myome verursachten oder klimakterischen Metrorrhagien. Die Beschwerden des Röntgenklimakteriums seien meist recht erträglich. Die durch Röntgenstrahlen amenorrhoisch gemachten Pat. seien bezüglich der Ausfallserscheinungen besser daran — nach Urteil mehrerer Autoren—, als die durch Operation (Totalexstirpation) geheilten Myomkranken.

Hesse (Greifswald).

10) **J. Hoffmann (Berlin). Die Physiotherapie der Gebärmutterfibromyome.** (Gyógyászat 1912. Nr. 32.)

Die Physiotherapie der Gebärmutterfibrome besteht in Anwendung der Elektrizität, der Röntgen- und der Radiumstrahlen. Die Elektrizität kann als galvanischer oder faradischer Strom, eventuell unter Benutzung der Zinktonisierung nach Leduc Anwendung finden. Sie lindert die Schmerzen, stillt die Blutungen und hemmt das Wachstum der Geschwulst, wenn auch keine Schrumpfung derselben beobachtet werden kann. — Die Röntgenbestrahlungen wirken hauptsächlich auf die Follikel des Eierstockes. Die Degeneration derselben führt zum Ausbleiben der Blutungen und zur Schrumpfung der Geschwulst. Da aber bei jugendlichen Kranken die Regeneration der Ovarien beobachtet werden kann, ist diese Methode hauptsächlich bei Frauen über 45 Jahre zu empfehlen. — Hochgradige Anämie ist eine Kontraindikation für die Röntgenbestrahlung; in diesen Fällen wirkt das Radium, in Gold- oder Silberkapseln in die Gebärmutter eingeführt, oft Wunder. Leider ist das Mittel für die allgemeine Verwendung viel zu teuer. — In geeigneten Fällen lassen sich die drei Methoden auch kombinieren und machen so recht oft die noch immer nicht ungefährliche operative Therapie überflüssig. Temesváry (Budapest).

11) **J. Mannaberg (Wien). Über Versuche, die Basedow'sche Krankheit mittels Röntgenbestrahlung der Ovarien zu beeinflussen.** (Wiener klin. Wochenschrift 1913. Nr. 18.)

In zehn Fällen von ausgesprochenem Morbus Basedowii hatte die Bestrahlung der Ovarien einen auffallend günstigen Erfolg auf Gewichtszunahme und Allgemeinbefinden der Kranken ausgeübt; Exophthalmus und Struma wurden weniger beeinflußt. Leider ist die Methode und die Dosierung der Röntgenbestrahlung nicht angegeben. Linzenmeier (Berlin).

12) **S. Meidner. Weitgehende Beeinflussung eines Portiokarzinoms durch Mesothorbestrahlung.** (Therapie der Gegenwart 1913. 54. Jahrg. Hft. 4. April. p. 149.)

M. beschreibt den im Titel angegebenen Erfolg als ein Unikum — nicht absolut — wohl aber im Rahmen des sehr umfangreichen Materials des Institutes. Bei einer 74jährigen Frau war nach ca. 7wöchiger Mesothorbehandlung (genauere

Digitized by Google

Beschreibung der Technik) an Stelle eines an der Portio sitzenden, karzinomatösen Geschwürstrichters und übermannsfaustgroßen Tumors im linken Parametrium eine feste, quere Narbe, sowie ein kaum hühnereigroßer Tumor im linken Parametrium getreten. Das Allgemeinbefinden erheblich gebessert. M. betont, daß schon viel gewonnen sei, wenn man einen solchen Zustand der Pat. erhalten könne, und daß — wenn es sich hier auch um einen Tumor mit verhältnismäßig wenig bösartiger Entwicklungstendenz und verhältnismäßig starker Radiosensibilität gehandelt habe — Versuche mit intensiverer Strahlenwirkung bei ausgedehnteren und bösartigeren Tumoren gerechtfertigt seien.

Hesse (Greifswald).

13) Voigts. Mesothorium als Röntgenstrahlenersatz in der Gynäkologie. (Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 22.)

Die Berliner Frauenklinik besitzt jetzt über 400 mg Mesothorium. Das Präparat ist zu 20 und 50 mg in Silberröhrchen eingelassen, für gynäkologische Zwecke die beste Form, da sich die Röhrchen ebensogut intrauterin als vaginal verwenden lassen. Um Schädigungen des Gewebes zu vermeiden, kommt es vor allem darauf an, richtige Filter auszuwählen. Infolge der Verwendung zu dünner Filter kamen Verbrennungen vor, die sich als tiefgehende, trichterförmige Gewebsnekrosen manifestierten, mit sehr geringer Heilungstendenz. Es verging fast ein Vierteljahr bis zur völligen Heilung. Auch Allgemeinerscheinungen stellten sich in mehreren Fällen ein, Unbehagen, Kopfschmerzen, Übelkeit und Ziehen im Unterleib. Einmal steigerten sich diese Beschwerden bis zum Kollaps. Die Methode, durch Verkürzung der Bestrahlungsdauer die Schädigungen zu vermeiden, erwies sich nicht als zweckmäßig. Man ging deshalb zur Verstärkung der Filter und langer Bestrahlungszeit über. Für den Uterus werden die Filter etwas dünner genommen als für die Vagina. Das »Kreuzfeuerverfahren« besteht darin, daß außer dem Röhrchen in den Uterus noch ein oder zwei in die Vagina gelegt werden.

An 7 Fällen von klimakterischen Blutungen zeigte sich, daß diese wie der Röntgentherapie auch der Bestrahlung mit Mesothorium am leichtesten zugänglich sind. Aber die Wirkung tritt beim Mesothorium erheblich schneller ein als bei den Röntgenstrahlen. 6 Fälle von Metritis ließen die Blutungen bei dieser Erkrankung viel hartnäckiger erscheinen als die klimakterischen Blutungen. Freilich kommt hier als erschwerender Faktor in Betracht, daß die an Metritis erkrankten Frauen nur ambulant behandelt werden konnten. Auffallend günstig wurden, wie aus 3 Fällen ersichtlich ist, die Blutungen infolge von Adnexerkrankungen beeinflußt, eine um so auffallendere Erscheinung, als die Röntgenbestrahlung bei Adnexaffektionen gar keine guten Resultate aufweist.

Es scheint, daß die Mesothoriumtherapie der Röntgenbestrahlung bei den aufgeführten Erkrankungen gleichwertig ist, ja sie bei weiterer Ausbildung wohl noch übertreffen wird.

Frickhinger (München).

14) Paul Krause (Berlin). Vergleich der Wirkung der Thorium X- und Röntgenstrahlen. (Berliner klin. Wochenschrift 1913. Nr. 13.)

Es bot sich Gelegenheit, an einem Lymphosarkom der Kopf- und Halsgegend vergleichende Studien über die Wirkung der Thorium X- und Röntgenstrahlen anzustellen. Dabei zeigten sich letztere weit überlegen. Während mit einer knappen Erythemdosis bei einer Röntgenröhre von 9 Wehnelt jeder der bestrahlten Tumoren in 2 bis 3 Tagen völlig verschwunden war, hatten bei Thorium X-Behandlung 210 elektrostatische Einheiten (= 2,1 Millionen Macheeinheiten) in

Digitized by Google

6 Tagen, bzw. 390 elektrostatische Einheiten in 3 Wochen verabfolgt, nur ganz vorübergehende Verkleinerungen des betreffenden Tumorabschnittes zur Folge.

H. Fuchs (Danzig).

Darm.

15) **J. N. Jackson** (Kansas, City). **Retrocöcale Appendicitis.** (Journ. amer. med. ass. 1913. Nr. 17. p. 1285.)

Obwohl in 20% durch anatomische Beobachtung eine retrocöcale Lage der Appendix festgestellt ist, wird dieser Lageanomalie, die bei einer Appendicitis für Diagnose, Prognose und Behandlung sehr bedeutungsvoll sein kann, noch wenig Beachtung geschenkt. Je nach Ausbildung und Verlauf des Mesenteriolums werden vier Möglichkeiten eines retrocöcal verlaufenden Blinddarmfortsatzes unterschieden. Entsprechend seinem der Außenseite des Kolons parallelen Verlauf ist die Druckempfindlichkeit in der Fossa extracolica oft am ausgesprochensten. Die verschiedenen Ausdehnungsmöglichkeiten eines intra- oder extraperitonealen Exsudats per continuitatem und auf metastatischem Wege sind durch Illustrationen erläutert, die Gefahr multipler Leberabszesse wird hervorgehoben.

Von den Symptomen wird besonders das Fehlen schwerer peritonealer Reizerscheinungen, statt welcher eine ausgesprochene Empfindlichkeit bei Druck von hinten oberhalb der Darmbeinschaufel oft auftritt, betont.

Die Operation soll in Anbetracht der mannigfachen Komplikationen und Verbreitungsmöglichkeiten der Entzündung so früh wie möglich ausgeführt werden. Inzision: lateral, wenn nötig nach oben oder hinten verlängert. Bei tiefliegenden Eiterherden Kontrainzision und Drainage von der Lumbalgegend aus.

Schottelius (Hamburg).

16) **Hauch** (Hamburg). **Über Spätblutungen bei Appendicitis.** (Beitr. z. klin. Chir. Bd. LXXXIII. Hft. 2.)

Als Ursache kommt in Betracht Arrosion der Gefäße, gewöhnlich der Iliacalgefäße, bei Abszessen. Weiter beobachtet sind Blutungen in das Lumen des Magen-Darmkanals aus seinen eigenen Gefäßen nach einer ganz unkomplizierten Blinddarmentzündung (zwei eigene, tödlich verlaufene Fälle aus der Kümmellschen Abteilung). Hierbei spielt neben den anderen Schädigungen einer Operation die Verschleppung von Thrombenmassen mit Infarzierung und Geschwürsbildung eine wichtige Rolle. Die Behandlung der Arrosionsblutung besteht in der Versorgung des arrodierten Gefäßes oder in fester Tamponade. Bei Magen- und Darmblutungen empfehlen sich interne Styptika, Gelatine und vor allem Immunsera subkutan. 10 ccm Diphtherieserum haben sich Verf. bewährt. Die operative Behandlung dieser Fälle scheitert an der Schwäche der schon einmal operierten und ausgebluteten Pat.

Calmann (Hamburg).

17) **J. R. Eastman** (Indianopolis). **Die fötalen Peritonealfalten von Formesco, Treves und Reid, und ihre wahrscheinlichen Beziehungen zur Jackson'schen Membran und zum Lane'schen Knick.** (Surgery, gynecology and obstetrics Vol. XVI. Nr. 4.)

Verf. untersuchte 28 Föten der zweiten Schwangerschaftshälfte und fand in etwa 20% abnorme Peritonealfalten in der Ileocöcalgegend an Typen, wie sie

Digitized by Google

von Formesco, Treves und Reid beschrieben sind. Sie sind als Entwicklungsstörungen in der normalen Darmwanderung aufzufassen und spielen wahrscheinlich eine wesentliche Rolle bei der Erklärung der perikolischen Jackson'schen Membran und des Lane'schen Knicks. Robert Stern (Offenbach).

18) **F. G. Connell** (Oshkosh). **Die Ätiologie des Lane'schen Knicks, der Jackson'schen Membran und des Coecum mobile.** (Surg. gynec. and obstetr. Vol. XVI. Nr. 4.)

Die in der Überschrift bezeichneten Anomalien lassen sich durch Störungen in der Wanderung, Rotation und Fixation des Coecums während des Fötallebens erklären. Die Jackson'sche Membran kann durch übermäßige Rotation, verzögerte Wanderung oder abnorme, d. h. zu frühzeitige Fixation des Coecums entstehen, der Lane'sche Knick durch zu ausgedehnte oder abnorme Fixation, das Coecum mobile durch Ausbleiben der Fixation.

Robert Stern (Offenbach).

19) **W. F. Burrowsy** (Neuyork). **Operation der häufigen Rektalerkrankungen ohne Narkose und Schmerzen.** (New York med. journ. 1913. Nr. 17. p. 862.)

Für alle Operationen bei Erkrankung des Anus und seiner Umgebung mit Ausnahme von Krebs, ungewöhnlich tiefer Fisteln und schwerer Prolapse genügt nach Erfahrungen B.'s die lokale Anästhesie mit einem der bekannten Mittel. Novokain in 0,25—0,5%iger Lösung hat sich ihm am besten bewährt; Gefriermethoden eignen sich nur für kurzdauernde Inzisionen, Spinalanästhesie wird als zu »gefährlich« verworfen (Epiduralanästhesie nicht erwähnt).

Eine wichtige Rolle bei Rektalerkrankungen wird den Analkrypten, sechs bis zehn kleinen, oralwärts gerichteten Schleimhauttaschen zugeschrieben, die als Sammelreservoire die Funktion der Sphinkteren unterstützen. Alle Inzisionen am Anus sollen in radiärer Richtung verlaufen. Die bei Fissura, Ulcus, Neuralgie, Spasmus und Hypertrophie des Schließmuskels geübte Dehnung des Anus wird besser durch scharfe, teilweise Durchtrennung des Muskels ersetzt. Obstipation ist in vielen Fällen die primäre Ursache rektaler und analer Erkrankungen und muß deshalb bei der Therapie berücksichtigt werden.

Schottelius (Hamburg).

20) **F. H. Williams** (Boston). **Elektrizität bei Rektalerkrankungen.** (New York med. journal 1913. Nr. 13. p. 875.)

Elektrolytische Zerstörung von Hämorrhoiden hat gegenüber der Exstirpation mit Messer oder Thermokauter viele Vorzüge. Die Elektrolyse läßt sich unter Lokalanästhesie (reichliche Injektion niedrig konzentrierter Anästhetika) in der Sprechstunde ausführen. Zur Anwendung kommt ein langsam ansteigender Strom von 5—20 Milliampères, der in 5—10 Minuten den Knoten zur Verödung bringt; die Elektroden sind aus Platin, 10 Zoll lang und endigen in drei Spitzen, die nach Anästhesierung in den Hämorrhoidalknoten eingestochen werden. Vorzüge des elektrolytischen Verfahrens: geringfügiger, ambulant ohne Blutverlust durchführbarer Eingriff. Schottelius (Hamburg).

21) **R. A. Bachmann** (Delaware). **Eine neue Operation für Hämorrhoiden.** (Journ. amer. med. ass. 1913. Nr. 15. p. 1154.)

Die Hämorrhoiden tragende Rektalschleimhaut wird ringartig exzidiert,

Digitized by Google

nachdem zuvor der Anus gedehnt und oberhalb der Hämorrhoiden in der Rektalschleimhaut wie unterhalb an der Hautgrenze je acht versenkte Umstechungen gelegt sind. Die Fäden der äußeren Umstechungen werden mit den entsprechenden der inneren verknüpft. Schottelius (Hamburg).

22) **Leigh-Watson** (Oklahome). **Hämorrhoidaloperationen.** (New York med. journal 1913. Nr. 15. p. 755.)

Empfehlung lokaler Anästhesie bei Hämorrhoidaloperationen. Nach Anästhesierung der Mukosa, die durch $^1/_8$%ige Kokainwatte erreicht wird, wird sukzessive der Sphincter ani und das tiefer liegende Gewebe durch Injektionen mit 1%iger Kokainlösung unempfindlich gemacht. Bei exakt durchgeführter Technik dauert die Anästhesie 1—2 Stunden und ermöglicht so eine schmerzlose, operative Entfernung der Hämorrhoiden. Schottelius (Hamburg).

Allgemeine Geburtshilfe.

23) **J. Voigt** (Göttingen). **Abwartende Geburtsleitung.** (Therapeutische Monatshefte 1913. Juni. p. 474.)

V. wendet sich gegen das vielfach geübte indikationslose Eingreifen bei der Geburtshilfe; er betont, daß »Hunderte und Tausende von Entbindungen ohne eine innere Untersuchung zu leiten sind«. Nur besondere Komplikationen rechtfertigen die innere Untersuchung unter der Geburt. — Zur Erhaltung der Fruchtblase oder nach erfolgtem Blasensprunge des noch im Uterus befindlichen Quantums von Fruchtwasser empfiehlt V. die Kolpeuryse, am besten mit der alten Braun'schen Blase bei vaginaler Anwendung. (Einzelheiten über Material und Anwendung) — die Walcher'sche Hängelage, die »Expressio foetus« nach Kristeller seien in manchen Fällen für eine konservative Geburtsleitung recht nützlich. Hypophysenextrakt müsse — so nützlich es gelegentlich sein könne — bei normaler Wehentätigkeit, wenn der Kopf sich dem Becken anpassen muß und deshalb nur langsam vorrückt, vermieden werden. Hesse (Greifswald).

24) **Emil Ekstein** (Teplitz-Schönau). **Über das Verhältnis der modernen klinischen Geburtshilfe zur geburtshilflichen Praxis.** (Sammlung klin. Vorträge. Gynäkologie Nr. 249.)

Für die häusliche Geburtshilfe spielt die Autononinfektion die größte Rolle. Es sollten sich daher nur Ärzte mit streng aseptischer Tätigkeit ihr widmen. Im Interesse der Besserung der Geburts -und Wochenbettshygiene wünscht Verf. die staatliche Anstellung von Aufsichtsärzten für Hausgeburten. Ferner tritt er für die Einrichtung ständiger Schwangerenberatungsstellen ein. Für den Geburtshelfer, der sich aseptisch hält, genügt nach E. einfache Alkohol-Äthermischung zur Händedesinfektion (3 : 1). Die äußeren Genitalien werden weder rasiert noch desinfiziert. Frühaufstehen der Wöchnerinnen wird verworfen. Obligatorische Ergotinverabreichung ist ein ausgezeichnetes Prophylaktikum gegen Infektion. Die Ernährung im Wochenbett soll eine mittlere Linie einhalten. Fleischkost wird erst nach ca. 2 Wochen gestattet. Dämmerschlaf lehnt der Verf. ab; auch operative Entbindungen leitet er meist ohne Narkose. Die neuzeitlichen, chirurgischen Entbindungsmethoden erkennt E. zwar an, macht aber in der häuslichen Geburtshilfe keinen Gebrauch von ihnen. So leitet er z. B. bei Becken unter 10 cm Conjugata den Abort ein, solange die Schwangerschaft noch nicht den 3. Monat überschritten hat, bei Becken »weit unter 10 cm« wird Porro gemacht. Grundsätze, die wohl kaum auf allgemeine Billigung Anspruch erheben können. H. Fuchs (Danzig).

Digitized by Google

25) **Boss. Statistik des Lyiny-in Hospital New York.** (New York med. journal 1913. Nr. 14. p. 723.)

Statistik des Jahres 1912:

Gesamtzahl der Aufnahmen 5606, Gesamtzahl der Geburten 5657.

525 Pat. (9,36%) wurden als dringliche Fälle eingeliefert. 731 Fälle (13,04%) wurden operativ entbunden, davon viele nach vorausgegangener Untersuchung oder Behandlung außerhalb der Klinik.

245 Aborte.

Die Gesamtmortalität der Mütter betrug 57 (1,01%), der Kinder 165 (2,89%), der Totgeburten 262 (4,59%). Alle mütterlichen Todesfälle betrafen mit einer einzigen Ausnahme von außen eingelieferte Pat.

Der konsultierende Chirurge der Anstalt, Kosmeck, verlangt bei der hohen außerklinischen Mortalität gründlichere Ausbildung der Hebammen, die in 45% aller Fälle die Geburten leiten, oder wesentliche Erweiterung der Entbindungsanstalten. Schottelius (Hamburg).

26) **Stratz (Haag). Über die Verhütung von Schwangerschaftsstreifen.** (Nederl. Maandschr. v. Verlosk. en Vrouwenz. en v. Kindergeneesk. 1912. Nr. 2.)

S. fand, daß bei farbigen Menschenrassen Striae nur sehr selten vorkommen; er will die Ursache dieser Eigentümlichkeit suchen in der Abwesenheit schnürender Kleidung, wodurch die Hautelastizität besser gewahrt wird. Um die Entstehung der Streifen zu verhüten, versucht er diese Elastizität zu steigern; als Mittel dazu verwendet er eine reibende und knetende Massage der Haut in der Richtung der Langer'schen Stichspalten. Von 30 so vorbehandelten Erstschwangeren sind bei 18, also 60%, keine Striae zum Vorschein gekommen. Den Beweis für die Richtigkeit seiner Grundsätze erblickt Verf. in den von Barfurth veröffentlichten klinischen Wahrnehmungen (dieses Zentralbl. 1911, p. 1705).

Im Wochenbett soll mit der Massagebehandlung möglichst früh — etwa in der zweiten Woche schon — angefangen werden. Van Hoytema (Leiden).

27) **E. Kreisch (Koblenz). Ein Fall von Missed labour.** (Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 23.)

Die Ursache des hier mitgeteilten Falles von Retention der Frucht lag in einer ungenügenden Entwicklung der Uterusmuskulatur, die wohl auf infantilistischer Basis beruhte. Der Uterus repräsentierte sich als ein schlaffer Sack, dessen Wandstärke im Fundus höchstens $^1/_2$ cm betrug. An dem erwarteten Geburtstermin waren sehr heftige, krampfartige Schmerzen im Leibe aufgetreten, nach deren Aufhören auch keine Kindsbewegungen mehr gespürt wurden. Vielleicht haben diese Zusammenziehungen, ein Tetanus, zum Tode der Frucht geführt. 3 Monate nachher traten Fiebererscheinungen auf. Es wurde die Laparotomie ausgeführt, weil die Portio sich nicht herunterziehen ließ, und deshalb das Operationsfeld von unten her nicht genügend freigelegt werden konnte. Der Uterus wurde exstirpiert, da die dünne Gebärmutterwand wenig Aussicht auf gute Nahtverheilung bot. Frickhinger (München).

28) **Pelissier. Über das Verhalten der Blutviskosität in der Schwangerschaft und im Wochenbett und ihre Beziehungen zu dem Blutdruck.** (Archives mensuelles d'obstétrique et de gynécologie 1912. November.)

Nach Martinet gibt uns die Bestimmung der Viskosität einen annähernden Wert für den Widerstand des Blutes und erlaubt uns Schlüsse zu ziehen in bezug auf die zirkulatorische Dynamik, zumal wenn man die gewonnenen Zahlen in Beziehung setzt zu der Höhe des arteriellen Blutdrucks. Es war nun von Inter-

Digitized by Google

esse, nachzuweisen, ob die während der Schwangerschaft vermehrte Menge des Blutes (Bar) auf die Höhe der Viskosität von Einfluß ist oder nicht.

Der Verf. hat seine Untersuchungen mit dem Apparat von W. Hess angestellt. Bei 27 Schwangeren fand er als Durchschnittswert 3,5, d. h. eine Herabsetzung der Viskosität. Dabei schien der Zeitpunkt der Schwangerschaft ohne Einfluß zu sein. Das Verhältnis des Blutdrucks zur Viskosität erwies sich wenig verändert. Dagegen fand sich in einem Falle von Nierenerkrankung nach vorangegangener Nephrektomie eine erhebliche Steigerung dieser Verhältniszahl infolge von Erhöhung des Blutdrucks und Herabsetzung der Viskosität. Bei 12 weiteren Fällen von Albuminurie waren die Resultate verschieden. In der Mehrzahl dieser Fälle war keine konstante Erhöhung der Verhältniszahl nachzuweisen. Bei einem Falle von Eklampsie war die Viskosität erhöht und betrug nach einem Aderlaß noch 4,5.

Auf Grund seiner Untersuchungen kommt der Verf. zu folgenden Schlußfolgerungen:

1) In der Schwangerschaft und im Wochenbett ist die Viskosität etwas erniedrigt. Im letzten Monate der Schwangerschaft ist die Blutdruckkurve unregelmäßig.

2) Bei Albuminurie zeigt das Zusammentreffen eines hohen Blutdruckes mit niedriger Viskosität das Vorhandensein eines »Nierenblocks« an.

3) Bei Tuberkulösen mit niedrigem Blutdruck beweist das Ansteigen der Blutviskosität eine Verschlimmerung der Erkrankung.

4) Ein Vergleich der Blutdruckkurve mit dem Verhalten der Viskosität des Blutes gibt einen guten Anhalt für die Beurteilung der Nierenfunktion in der Schwangerschaft.

(Die von dem Verf. angegebenen Zahlen für die Viskosität in der Schwangerschaft [Erniedrigung] und bei der Eklampsie [Erhöhung] entsprechen genau den von den Ref. bei einer größeren Reihe von Fällen gefundenen.)

Engelmann (Dortmund).

29) **Sosier. Die intersexuelle Reaktion des menschlichen Blutes. Ein Beitrag zur Frage der Graviditätstoxämie.** (Archives mensuelles d'obstétrique et de gynécologie 1912. November.)

Die Ursache der Graviditätsintoxikation liegt in dem paternellen Anteil des Eies. Zum Beweis dieser Hypothese hat der Verf. experimentell, und zwar in vitro, das Verhalten des Blutes bzw. seiner Elemente von männlichen Individuen zu dem Blute weiblicher Individuen und vice versa geprüft. Das »männliche Blut« rührte von operierten und narkotisierten (!!), im übrigen nicht kranken Männern, das »weibliche Blut« ausschließlich von Schwangeren und Wöchnerinnen her; Versuche mit dem Blut nicht schwangerer Frauen fehlen, abgesehen von einem Fall.

Das Verhalten von Serum zu Serum ergab keine gleichmäßigen Resultate, offenbar aus technischen Gründen. Dagegen fand der Verf. bei der Einwirkung von männlichem Serum auf die roten Blutkörperchen von Schwangeren oder Frauen in fast gleicher Häufigkeit Agglutination in durchschnittlich 36 von 100 Fällen, während Schwangerenserum die roten Blutkörperchen beider Geschlechter nur in 11,8% der Fälle agglutinierte. Der Verf. zieht daraus den Schluß auf eine spezifische Reaktion des männlichen bzw. weiblichen Serums. Diese Verschiedenheit der männlichen und weiblichen Eiweißstoffe können vielleicht gewisse Erscheinungen der Gravidität (Intoxikation, Placentarläsionen, Tod des Fötus), sowie vielleicht auch manche Fälle von sonst unerklärlicher Sterilität erklären.

Engelmann (Dortmund).

Digitized by Google

Narkose und Anästhesie.

30) **D. Gann und F. C. Mann** (Indianopolis). **Die Gefahr und Vermeidung schwerer Herzüberanstrengung während der Narkose.** (Journal am. med. ass. 1913. Nr. 17. p. 1273.)

Die von Kraske und Franz 1903 beschriebenen Nachteile der Beckenhochlagerung wurden von G. und M. an Hunden, die mit Äther narkotisiert waren, nachgeprüft. Die Gefahr der Herzüberanstrengung trat erst dann ein, wenn die Atmung schlecht wurde und das Herz bei mangelhafter Zufuhr gegen den durch Asphyxie vermehrten Blutdruck anarbeiten mußte. Durch Kompression der Abdominalvenen — Zurückdrängen der Därme bei Operationen — wird dem Herz infolge Etablierung eines ungewöhnlich hohen Blutdrucks gleichfalls eine akut einsetzende, außergewöhnlich schwere Anstrengung zugemutet. Die Beckenhochlagerung hat beim Menschen keine schädlichen Folgen, vorausgesetzt daß die Atmung frei ist und die Muskeln erschlafft sind; andernfalls werden die Kompensationsbestrebungen des Organismus, die den auf das Herz wirkenden Blutdruck abschwächen, gestört, das rechte Herz wird überdehnt und insuffizient.

Die Gefahr der Herzüberdehnung ist besonders groß bei muskelkräftigen Pat., bei Alkoholikern und Störungen des Zirkulationsapparates.

Zur Abkürzung und Abschwächung des Exzitationsstadiums empfiehlt sich in solchen Fällen Morphium und Atropin vor der Operation. Die Beckenhochlagerung soll stets allmählich durchgeführt werden, bei Herzkrankheiten, Pneumonie und Empyem soll die Narkose im sitzender oder halbliegender Stellung des Pat. eingeleitet werden. Schottelius (Hamburg).

31) **Hecht und Nobel** (Wien). **Elektrokardiographische Studien über Narkose.** (Zeitschr. f. d. gesamte experim. Medizin 1913. Bd. I. p. 23.)

Die am Tierversuch gewonnenen Erfahrungen führten zu folgenden Resultaten:

1) Die Giftwirkung des Chloroforms äußert sich im Tierversuch zuerst in Kontraktionsschwäche des Herzens, in Blutdrucksenkung und Pulsverlangsamung.

2) Bei fortgesetzter Narkose stellen sich — meist erst bei kaum fühlbarem Pulse — Reizleitungsstörungen ein — sowohl in Form partieller Überleitungsstörungen, als auch kompleter Dissoziation.

3) Die Reizleitungsstörungen sind meist durch Vagotomie oder Atropin zu beheben, gehen also auf Vaguserregung zurück. Durch die Anwendung dieser Mittel im Experiment kann eine reflektorische Herzhemmung von vornherein vermieden werden.

4) In jenen Fällen, wo sich nach Vagotomie oder Atropin Reizstörungen einstellen, muß eine Chloroformwirkung auf das Bündel selbst angenommen werden.

5) Die günstige Wirkung des Atropins, die der Vagotomie überlegen ist, beruht nebst der lähmenden Wirkung auf den Vagus auf einer direkten, herzmuskelerregenden Wirkung.

6) Bei Herzstillständen in der Narkose ist, neben der künstlichen Atmung und Herzmassage, eine intravenöse Atropininjektion zu empfehlen, und zwar vorläufig die Dosis von 1 mg für Kinder und 2 mg für Erwachsene.

Bei üblen Zufällen in der Narkose erscheint das Adrenalin auf Grund experimenteller Erfahrungen kontraindiziert, da dieses unter Umständen bei leichter Chloroformnarkose direkt zu tödlichem Kammerflimmern führen kann.

Linzenmeier (Berlin).

Digitized by Google

32) **M. Lavandera** (Neuyork). **Spezialistisch ausgebildete Narkotiseure.** (New York med. journal 1913. Nr. 13. p. 660.)

In Anbetracht der mit einer Allgemeinnarkose verbundenen Gefahren plädiert L. für Narkosenspezialisten in der Privatpraxis und im Krankenhause.

Schottelius (Hamburg).

33) **A. v. Brackel** (Wladiwostock). **Die akute gelbe Leberatrophie im Anschluß an die überstandene Chloroformnarkose.** (Samml. klin. Vorträge Nr. 674. Inn. Med. Nr. 218. Leipzig 1913.)

Verf. gibt eingehenden Bericht über zwei Fälle von protrahierter Chloroformnachwirkung. Im ersten Falle handelte es sich um einen kräftigen, gesunden Mann von 29 Jahren, der wegen chronischer Appendicitis zur Operation kam. Letztere verlief durchaus normal. Am zweiten Tage nach der Operation stellte sich Ikterus ein, weiterhin Nierenschädigungen und große Unruhe; am vierten Tage Exitus. Die Sektion deckte vorwiegend Leberschädigungen auf, die sich mikroskopisch in Verfettung der Peripherie der Acini zu erkennen geben.

Der zweite Fall betraf eine 32jährige, gesunde Frau, die wegen Extrauteringravidität laparotomiert wurde. Im postoperativen Verlauf stellten sich die klinischen Symptome einer akuten gelben Leberatrophie ein, die jedoch auf Aderlaß, Kochsalzinfusion und kohlehydratreiche Ernährung zurückgingen. Die Frau wurde gesund entlassen.

An der Hand der experimentellen und klinischen Erfahrungen aus der Literatur, bespricht Verf. das Wesen der chronischen Chloroformschädigungen und die Bedingungen, die zu ihrem Eintritt führen können und gelangt zu der Überzeugung, »daß eine schädigende Nachwirkung nach überstandener Chloroformnarkose im Sinne einer akuten Leberdegeneration bei vollständig gesunden Individuen dann eintreten kann, wenn die Leberzellen sich im Zustand physiologischer Ermüdung, d. h. in einem Zustand reduzierten oder vollkommen aufgehobenen Glykogengehalts befinden, wenn die Giftwirkung des Chloroforms an sie herantritt«. In einem solchen Zustande befanden sich anscheinend die beiden Pat. des Verf.s, da sie aus eigenem Antriebe recht »ausgehungert« zur Operation kamen.

Entsprechend der Bedeutung des Glykogengehalts der Leber als Schutzmittel gegen zu intensive, deletäre Chloroformwirkung in derselben, empfiehlt Verf., vor einer Chloroformnarkose keine zu intensiven Maßnahmen, die auf geringere Nahrungszufuhr und Entlastung des Magen-Darmkanals beruhen, vorzunehmen, sondern vielmehr den Kranken bis zum letzten Tage vor der Operation noch reichlich Kohlehydratnahrung zuzuführen. Mit diesen Maßnahmen, die Verf. konsequent durchführt, ist er sehr zufrieden und hat die Beobachtung gemacht, daß die Chloroformnachwehen, auch nach langen Narkosen, nur gering sind.

Ist jedoch nach der Narkose eine Chloroformschädigung eingetreten, so sind Aderlasse und Kochsalzinfusionen neben kohlehydratreicher, rektaler Ernährung therapeutisch von entschiedenem Werte. B. Ottow (Dorpat).

34) **R. B. Smith** (Hamilton, N. Y.). **Über den Zusammenhang zwischen Bronchitis nach Äthernarkose und den Oxydationsprodukten des Äthers.** (Therapeutische Monatshefte 1913. Juni. p. 426.)

Durch ausführliche, chemische Untersuchungen und angeregt durch eine Arbeit P. Brun's aus dem Jahre 1895 (Beiträge z. klin. Chirurgie V. 13. 1895) ist S. zu folgenden Schlüssen gekommen:

Digitized by Google

»Äther zersetzt sich, auch wenn er rein von der Fabrik kommt, sehr leicht durch Licht oder Luft oder bei deren gleichzeitiger Einwirkung.« Die dabei entstehenden, oxydierenden Verbindungen, Peroxyde, sind mit aller Wahrscheinlichkeit eine der Hauptursachen der bösartigen Entzündungen der Atmungsorgane bei der Äthernarkose. — Man vermeidet sie u. a. durch Verwendung von ganz reinem Äther. Äther kann man ganz rein aufbewahren in kleinen, ganz gefüllten, luftdicht geschlossenen Metall- oder Glasflaschen bei Lichtabschluß oder über metallischem Natrium. Hesse (Greifswald).

35) **Karl Connell** (Neuyork). **Ein neuer Ätherverdampfungsapparat.** (Journal amer. med. ass. 1913. Nr. 12. p. 894.)

Eingehende Beschreibung eines Narkoseapparates zur intrapharyngealen Insufflation erwärmter Ätherdämpfe; der Verbrauch an Äther und Luft, die mit Äther gesättigt erwärmt eingeatmet wird, kann genau kontrolliert werden. Schottelius (Hamburg).

36) **H. C. Falk** (Neuyork). **„Dampfnarkose" und ihre Vorteile.** (Medical record 1913. Nr. 14. p. 610.)

Der Grathmey-Dampf-Narkoseapparat besteht aus drei Gefäßen für Äther, Chloroform und heißes Wasser und einer für Fußbetrieb eingerichteten Luftpumpe, die die Luft durch die Gefäße treibt, so daß mit Wasserdampf und Narkotikum gesättigte Luft der Maske zugeführt wird; exakte Äther und Chloroformregulierung.

Die Narkosen, welche durch die üblichen Morphium- und Atropindosen eingeleitet wurden, verliefen sehr angenehm und zeichneten sich durch geringen Äther und- Chloroformverbrauch, selteneres Erbrechen nach dem Aufwachen und spärliche Schleimsekretion aus. Postoperative Albuminurien sanken nach Gebrauch des Apparates von 95% auf 30%, Zylindrurie von 70% auf 3—4%. Schottelius (Hamburg).

37) **J. M. Wolfsohn** (San Francisco). **Eine neue Lumbalpunktionsnadel.** (Journal amer. med. ass. 1913. Nr. 16. S. 1204.)

Beschreibung und Empfehlung eines Instrumentariums für Lumbalpunktionen, das Ablesung des Drucks, Kontrolle der Ausflußgeschwindigkeit des Liquors, sicheres Eindringen in den Pia-Arachnoidealraum, und Vermeidung von Verlusten des Liquors garantiert. Schottelius (Hamburg).

38) **v. Gaza** (Leipzig-Gohlis). **Gewebsnekrose und arterielle Arrosionsblutung nach Anwendung alter Novokainlösungen zur Infiltrationsanästhesie.** (Deutsche med. Wochenschrift 1913. Nr. 16. p. 746.)

Die in der Überschrift genannten üblen Folgen traten bei einer Zahnextraktion mit Infiltrationsanästhesie nach Braun auf. Die verwandte 2%ige Novokainlösung war mehrere Wochen alt und wurde vor dem Gebrauch durch Kochen sterilisiert.

Verf. sieht die Ursache der schweren Schädigung in Bakterientoxinen und einer durch das Bakterienwachstum eventuell bedingten Zersetzung des Novokains.

Er warnt vor der Anwendung alter Novokainlösungen und empfiehlt das Novokainkarbonatpulver. Behne (Kiel).

Digitized by Google

Neugeborenes.

39) **Wilhelm Jaroschy** (Prag). **Zur Kenntnis des klinischen Bildes der Chondrodystrophia foetalis.** (Beitr. z. klin. Chir. Bd. LXXXIII. Hft. 2.)

Die von Verf. beschriebenen Fälle stammen aus einer Familie, in der in zwei Generationen vier chondrodystrophische Zwerge vorgekommen sind, der Vater, zwei Töchter, ein Sohn neben zwei normalen Kindern; und zwar stammen die chondrodystrophischen Kinder von zwei verschiedenen Müttern. Von den Töchtern ist die eine 22 Jahre alt, $130^1/_2$ cm groß, das Becken ist allgemein verengt, die Beckenmaße sind: 20, $22^1/_2$, 25, 15, $9^3/_4$ und $7^1/_2$. Sie hat nie geboren. Die zweite ist 130 cm groß, die Beckenmaße sind 24, 24, 28, $18^1/_2$, $11^1/_{10}$ und 9. Ein Partus wurde durch Zange beendet. Der eine Bruder ist 136 cm groß. Während bei den Schwestern das Krankheitsbild noch nicht ganz ausgesprochen und eindeutig ist, ist es bei diesem so weit entwickelt, daß daraufhin die Diagnose bei den Schwestern mit Sicherheit gestellt werden konnte. Ein weiterer Fall kam noch in der Klinik zur Behandlung, verweigerte aber genauere Untersuchung.

Das Wesen des Krankheitsprozesses ist eine Dystrophie des Primordialknorpels und ein frühzeitiges Aufhören der enchondralen Knochenbildung. Histologisch charakteristisch ist an der Knochenknorpelgrenze ein Perioststreifen, der die Grenze der enchondralen Knochenentwicklung und damit des Längenwachstums bedeutet. Da der Streifen aber nicht den ganzen Querschnitt durchdringt und auf der freien Seite der Knochen weiterwächst, entstehen Verbiegungen und Verschiebungen des Epiphysenknorpels. Klinisch ist das Kardinalmerkmal der unproportionierte mikromele Zwergwuchs kongenitaler Anlage, charakteristisch sind ferner Makrocephalie und Einziehung oder Abplattung der Nasenwurzel durch Verkürzung der Schädelbasis. Die Intelligenz ist meistens eine gute. Die weiteren klinischen Einzelheiten sind zu zahlreich, um hier berücksichtigt werden zu können. Erwähnt sei nur, daß Männer und Frauen fortpflanzungsfähig sind. Das Becken der Frauen ist aber so hochgradig deformiert, daß fast immer der Kaiserschnitt nötig ist. Entweder ist das Becken ausgezeichnet durch hochgradige Abplattung seines Eingangs (Nierenform), durch die starke Neigung des fast horizontal gestellten, charakteristisch veränderten Kreuzbeins, durch die nicht ganz im gleichen Maße gesteigerte Neigung der Seitenbeckenknochen, sowie durch Kleinheit und Gestalt seiner Knochen (die Vera schwankt zwischen 7 und 4), oder das Becken ist allgemein verengt, dreiwinkelig mit geringer Abplattung; das Kreuzbein ist auch hier charakteristisch verändert, die Knochen sind dünn, klein und ohne wesentliche Verdickung. Calmann (Hamburg).

40) **H. Maass** (Berlin). **Die kongenitale Vorderarmsynostose.** (Deutsche med. Wochenschrift 1913. Nr. 15. p. 704.)

Verf. geht zunächst ausführlicher auf die Pathogenese und die Diagnose der Erkrankung ein und berichtet dann über einen Fall von linkseitiger, kongenitaler Vorderarmsynostose bei einem 7monatigen Mädchen.

Auf Grund des Röntgenbefundes nimmt Verf. eine intrauterine mechanische Wachstumsstörung als Ursache der Erkrankung an.

Bei Fällen, die, wie der beschriebene, frühzeitig in ärztliche Behandlung kommen, hält er ein operatives Vorgehen für gerechtfertigt. Behne (Kiel).

41) **Frank** (Dudweiler). **Seltenheiten aus der Praxis.** (Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 21.)

Hämangiom des Armes als Geburtshindernis. Bei einer kräftigen, gesunden,

Digitized by Google

20jährigen Ipara schritt die Geburt trotz guter Wehen nicht fort. Der in Gesichtslage befindliche Kopf wurde leicht mit der Zange entwickelt. Aber der Rumpf folgte nicht, das Kind starb ab, und der Kopf riß bei forcierten Extraktionsversuchen ab. Nach der Wendung folgte der kindliche Körper leicht, ohne daß die beabsichtigte Embryotomie notwendig war. Das Geburtshindernis bestand in einem riesigen Hämangiom des linken Unter- und Oberarms, so daß das Volumen des Armes so groß war wie das Volumen des Rumpfes. Andere Mißbildungen waren nicht vorhanden. Die Literatur über Hämangiome und Lymphangiome als Geburtshindernis, welche in einer Arbeit von Eberhart in der Monatsschrift f. Geburtshilfe u. Gynäkologie Berlin 1897, Bd. VI nachzusehen ist, weist ein Hämangiom der oberen Extremitäten als Geburtshindernis nicht auf.

Frickhinger (München).

42) **J. Lewy** (Freiburg-Günterstal). **Angeborene Skoliosen.** (Deutsche med. Wochenschrift 1913. Nr. 12. p. 558.)

Die angeborene Skoliose ist eine keineswegs seltene Bildungsanomalie. Als ätiologische Faktoren kommen in Betracht:

1) rein mechanische Störungen während der fötalen Entwicklungszeit infolge von Raummangel im Uterus (Mißbildung der Gebärmutter, Mangel an Fruchtwasser, Zwillingsschwangerschaft, Erkrankung des Amnions, abnorme intrauterine Belastung),

2) das Vorhandensein von Halsrippen,

3) Entwicklungsstörungen in der Wirbelsäule.

Verf. berichtet im Anschluß an eine kurze Literaturübersicht über zwei Fälle von kongenitaler Skoliose (1 3/4jähr. und 16jähr. Mädchen), die zu der letzten Gruppe gehören und durch das Vorhandensein eines Keilwirbels hervorgerufen wurden.

Behne (Kiel).

43) **Hans Hauser.** **Vierlinge und Vierlingsmütter.** (Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 15.)

Die Vierlinge waren zwei Knaben von je 35 cm Länge und 1500 bzw. 1000 g Gewicht und zwei Mädchen von 34 bzw. 35 cm Länge und 1000 bzw. 1040 g Gewicht. Die Kinder starben im Verlauf eines Tages. Es waren drei Placenten vorhanden, und es handelte sich um zwei Zwillingspaare, das eine Paar zweieiig, das andere eineiig, und zwar monoamniotisch. Die Gefäßbezirke der Placenten des ersten Paares stellten absolut in sich abgeschlossene Bezirke dar, ohne irgendwelche Anastomosenbildung mit den Kreisläufen der Doppelplacenta des eineiigen Paares.

Das gleichzeitige Vorhandensein eines eineiigen und zweieiigen Zwillingspaares ist ein interessantes und seltenes Vorkommnis, an das der Verf. klinische und entwicklungsgeschichtliche Betrachtungen anschließt. Aus den in der Literatur bekannt gewordenen Daten über Vierlingsmütter ergibt sich, wenn man sie den Statistiken über Zwillings- und Drillingsmütter gegenüberstellt: die Vierlingsmütter sind durchschnittlich älter als die Drillingsmütter, diese wiederum älter als die Zwillingsmütter. Die Anzahl der Erstgebärenden unter den Mehrlingsmüttern nimmt mit steigender Zahl der Mehrlinge ab. Die Vierlingsmütter sind in der überwiegenden Mehrzahl Vielgebärende (VIparae und darüber), während für Zwillings- und Drillingsmütter die Mehrgebärenden (IIparae bis Vparae) das Hauptkontingent stellen.

Frickhinger (München).

Digitized by Google

44) **Volmat** (Lyon). **Zwillingsplacenta, Gefäßkommunikationen zwischen beiden Föten, deren einer sich im mazerierten Zustand befand.** (Lyon méd. 1913. Nr. 15.)

Primipara mit Zeichen beginnender Eklampsie. Erstes Kind mit Forceps, zweites mittels Wendung entbunden; ersteres lebend, zweites mazeriert, etwa seit 8 Tagen. — Placenta eineiig. Am injizierten Präparat zeigen sich drei anastomotische Gefäße, die die Arterien beider Stränge verbinden.

Zeiß (Erfurt).

45) **Joseph Bondi** (Wien). **Das Gewicht des Neugeborenen und die Ernährung der Mutter.** (Wiener med. Wochenschr. 1913. Nr. 25.)

Verf. bezweifelt auf Grund theoretischer Untersuchungen und klinischer Beobachtungen den Nutzen der Prochownick'schen Entziehungskur für die Erzielung kleiner Kinder. In früheren Untersuchungen konnte Verf. bereits nachweisen, daß die Menge des Fettes in den syncytialen Zellen des Trophoblasts unabhängig ist vom Ernährungszustand der Mutter. In Fällen von schwerer Hyperemesis oder schwerer Lungenphthise, in denen die Mutter zum Skelett abgemagert war, enthielt die Placenta ebenso viel Resorptionsfett, wie bei gut genährten. Bei phloridzinvergifteten Tieren mit enormem Fettschwund enthielt die Placenta genau so viel Fett wie bei normalen. Ebenso zeigte der Fettreichtum der Föten keine Differenz im Verhältnis zu den Föten gesunder Tiere. Was für das Fett gilt, scheint auch für die übrigen Bausteine des Fötus zu gelten, wie besonders die Erfahrungen der Tierzüchter ergeben. Es ist daher anzunehmen, daß der Fötus selbständig und ganz unabhängig von dem Zustande des Muttertieres diesem Nährstoff entzieht und sein Wachstum in ähnlicher Weise wie das Wachstum maligner Tumoren vom Ernährungszustand des Trägers unabhängig ist.

Auch die bei Frauen eingeleiteten Entziehungskuren versagten in 5 von 7 Fällen vollkommen.

Wichtig für die Größe der Kinder sind die Größenverhältnisse der Eltern und Großeltern, die sich gemäß den Vererbungsgesetzen auf die Kinder übertragen. Ferner kommt das Alter der Mutter für die Größe des Kindes in Betracht; ältere Frauen, gleichviel ob Erst- oder Mehrgebärende, gebären im allgemeinen schwerere Kinder.

Man sollte daher die durch nichts begründete, allzu häufig geübte Entziehungskur während der Schwangerschaft aufgeben und die schwangeren in der gleichen Weise wie normale Frauen ernähren, damit sie nicht durch unnütze Hungerkuren in ihrem Organismus schwer geschädigt werden.

Linzenmeier (Berlin).

46) **G. Weidenbaum** (Riga). **Zur Blennorrhöeprophylaxe am Neugeborenen.** (Petersb. med. Zeitschr. 1913. Nr. 11.)

Bespricht die Bedeutung der Blennorrhöeprophylaxe und empfiehlt weiteren ärztlichen Kreisen die von Merck (Darmstadt) auf Anregung des Verf.s in den Handel gebrachten Lapispastillen, die jederzeit die Herstellung frischer Lösung gestatten.

B. Ottow (Dorpat).

Originalmitteilungen und Referate für das Zentralblatt wolle man an *Prof. Dr. W. Stoeckel* in Kiel, Monographien, Sonderdrucke und Bücher-sendungen an *Prof. Dr. W. Stoeckel* oder an die Verlagshandlung von *Johann Ambrosius Barth*, Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. W. Stoeckel in Kiel.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Digitized by Google

Zentralblatt für Gynäkologie

begründet von HEINRICH FRITSCH

herausgegeben von

WALTER STOECKEL in Kiel.

37. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 33. Sonnabend, den 16. August 1913.

Inhalt.

Originalien: I. R. Asch, Die Trachelorrhaphie als Prophylaxe des Cervixkrebses. — II. K. Neuwirth, Zur Therapie des Gebärmutterkrebses in den allerersten Anfängen. — III. J. B. Porchownick, Die Serodiagnostik der Schwangerschaft. — IV. G. Ziekel, Alexander-Adams mit Tuberkulumschnitt.

Berichte: 1) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin. Siefart, Interstitielle Gravidität. — Heinsius, Cystenniere; Nierenexstirpation. — Schülein, Uterusfibroid. — Molinari, Narkosenlähmungen. — Kuntzsch, Nabelschnurumschlingung; Zyklop. — Bumm, Mesothoriumverbrennungen. — Zinsser, Nierenschädigung bei Eklampsie. 2) Verhandlungen der amerikanischen Gesellschaft von Geburtshelfern und Gynäkologen. Sanes, Septische Thrombophlebitis. — Reder, Fehlen von Milch bei Primiparen. — Weiss, Abort. — Sadlier, Hall, Uterusmyome. — Skeel, Wahl des Anästhetikums. — Schultze, Genitalleiden bei geisteskranken Frauen. — Humiston, Operationen an den Ovarien. — Ill, Ventrale Fixation. — Buteau, Rückwärtslagerung der Gebärmutter. — Hedges, Diagnostische Schwierigkeiten in der Bauchchirurgie. — Pantzer, Laparotomie bei tuberkulöser Peritonitis. — Hayd, Ureterverletzungen. — Jones, Metrorrhagie. — Poucher, Verkalktes Fibrom. — Yates und Morse, Uterus septus mit Hyperemesis gravidarum.

Allgemeines über Karzinom und Uteruskarzinom: 3) Klemperer, Krebsforschung. — 4) Werner, 5) u. 6) Lewin, Krebsbehandlung. — 7) Boldt, 8) Ravois, Uteruskrebs.

Myom: 9) Sampson, Myom und Blutversorgung des Uterus. — 10) Healy, Uterusfibromyom. — 11) Fleischmann, Operative Myombehandlung. — 12) Fangère, 13) Scipiades, Geburt bei Myom. — 14) Lorrain-Smith und Fletcher Shaw, Rote Degeneration.

Ovarium: 15) Graves, Innere Sekretion. — 16) Puech und Vanverts, Eieinnistung. — 17) und 18) Violet, Ovariencysten. — 19) Webb, Ovarielle Dyspepsie. — 20) Gentili, Infektionskrankheiten und Ovarium. — 21) Fairise und Heully, 22) Paul, 23) Messa, 24) Kynoch, 25) Adams, Ovarialcysten und -geschwülste. — 26) Bonneau, Uteroovarielle Venenruptur. — 27) Schlachtner, 28) Pflaum, Ovariotomie. — 29) Fornero, Anatomie des Ovariums.

I.

Die Trachelorrhaphie als Prophylaxe des Cervixkrebses.

Von

Robert Asch in Breslau.

Hoffentlich verklingt die beherzigenswerte Mahnung Bossi's in Nr. 27 dieses Blattes nicht unbeachtet; seine Aufforderung gibt mir erwünschten Anlaß, die wiederholt berührte Frage von neuem zu besprechen.

Es scheint fast so, als ob die Beseitigung alter Mutterhalsrisse in den letzten Jahrzehnten mehr und mehr in Vergessenheit geraten sei; ob die Gründe hierfür in der Zunahme der »großen« Operationen oder gar in der fortgeschrittenen, auch nicht operativen Therapie des Uteruskarzinoms zu suchen sind, bleibe dahingestellt.

Für diese Vernachlässigung liegt aber um so weniger Grund vor, als auch die fortgeschrittene Geburtshilfe diese Verletzung nicht nennenswert hat verschwinden

Digitized by Google

lassen; werden auch Dammrisse erfreulicherweise mehr als früher und mit besserem Erfolg genäht, so unterbleibt doch die Inspektion des Muttermundes in den meisten Fällen und vielfach wohl auch zum Vorteil der frisch Entbundenen. Überdies entstehen die meisten Cervixrisse gerade bei spontanen, ohne Beisein des Arztes verlaufenen Entbindungen; am häufigsten meiner Erfahrung nach bei zweiten, der ersten nach relativ kurzer Pause folgenden: stellt sich dem vordringenden Kopf bei Erstgebärenden auch die enge Scheide als Hindernis entgegen, so hat der Muttermund genügend Zeit, sich voll zu entfalten; liegt hinter dem Hindernis des noch nicht völlig erweiterten Muttermundes eine noch relativ weite, nachgiebige Scheide, so treibt gelegentlich eine kräftige Wehe den Kopf dem Locus minoris resistentiae entgegen, und es entsteht der spontane, seitliche, oft doppelseitige Cervixriß. Finden sich nach Erstgeburten erhebliche Lazerationen, so handelt es sich meist um abnorm lange Portio oder um künstlich beendete Entbindungen, seien es Zangengeburten oder Extraktionen bei Steißlagen. Entgeht so die frische Cervixlazeration häufig der Kognition des Arztes, so wird doch auch meiner Erfahrung nach bei der Beratung der unsere Sprechstunde aufsuchenden Frauen allzu wenig auf alte Risse geachtet; oft genug werden auch Lazerationsektropien mit Erosionen verwechselt und demgemäß gewertet und behandelt. Es ist hier nicht der Platz, auf die große Summe von Folgeerscheinungen der kleinen wie großen Cervixrisse hinzuweisen; hier sei hauptsächlich nur die Möglichkeit des Entstehens von Karzinomen auf Grund solcher lange bestehender Verletzungen betont.

An Hinweisen darauf hat es nicht gefehlt: ich selbst schrieb in einer Arbeit »Über plastische Operationen« 1902[1]): »Auch noch aus einem anderen Grunde rate ich dringend, jeden Cervixriß, zumal einseitige, zu beseitigen. Ich habe in mehreren Fällen auf dem Grunde solcher Risse Karzinom entstehen sehen, in vielen Fällen Karzinome gefunden, deren Form und Sitz vermuten ließen, daß sie ebenso entstanden sind.« Ich wies des weiteren darauf hin, daß gerade diese Formen schnell inoperabel werden, weil sie sich rasch ins nahegelegene Parametrium verbreiten. Ich habe an derselben Stelle und auch an anderem Orte auf die Beobachtungen Olshausen's und besonders Sänger's hingewiesen. Letzterer spricht sich ganz entschieden für die Tatsache des auffallend häufigen Zusammentreffens von Cervixriß mit Ektropium und Karzinom der Cervixschleimhaut aus. Übrigens äußerte sich Breisky schon vor 30 Jahren in ähnlichem Sinne.

Scheint so die Beseitigung alter Mutterhalsrisse in einer großen Anzahl von Fällen geboten, so ist es um so bedauerlicher, daß auch in den Lehrbüchern der operativen Gynäkologie so wenig Wert darauf gelegt wird; das Emmet'sche Verfahren wird vielfach kurz abgetan, die ausgezeichnete Modifikation von Sänger kaum erwähnt. Gerade letztere gibt bei leichtester Ausführbarkeit so außerordentlich gute Resultate, daß es sich wohl verlohnen dürfte, sie mehr und mehr zu propagieren, zumal sie von jedem, auch nur einigermaßen operativ geschulten Arzte leicht und erfolgreich ausgeführt werden kann. Nach Umschneidung und Ablösung der ektropionierten Schleimhaut von der Seite her stellt sich der alte Riß mit glatten Rändern sofort dem Auge dar und wird mit 2 bis 4 Nähten leicht vereinigt; die Adaption der Wundränder erfolgt fast von selbst; ist die Schleimhaut sehr hyperplastisch, so kann der Überschuß mit dem Paquelin leicht verschorft werden. Zur Naht, der wenig Spannung entgegensteht, reicht dünnes Jodcatgut

[1] Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie; Festschrift für Fritsch, Leipzig, Breitkopf & Härtel.

Digitized by Google

völlig aus. So bedarf die kleine Plastik keiner weiteren Revision, was wegen der häufig anzuschließenden Dammplastik recht ins Gewicht fällt. Die Resultate sind ausgezeichnet; palpiert und inspiriert man nach einigen Wochen die Portio, so findet man einen völlig normalen Muttermund, den Scheidenteil seiner ursprünglichen Form entsprechend.

Natürlich ist es nicht nur die berechtigte Furcht vor einem sich etwa entwickelnden Karzinom, die zur Beseitigung solcher alten Risse führen soll; auch vielfache andere Beschwerden sind auf die Lazerationen zurückzuführen: hat sich die offenliegende Cervicalschleimhaut entzündet, so pflanzt sich die Entzündung auch auf die höher gelegenen Abschnitte der Mucosa fort; Endometritis, Dysmenorrhöe und Mernorrhagien sind häufig zu beobachtende Folgeerscheinungen. Hat die Endometritis längere Zeit bestanden, so muß sie vor der Ausführung der Plastik beseitigt werden, sei es durch Behandlung mittels Sänger's (eigentlich Pagenstecher's) Stäbchen mit Jothionöl oder Jothionspiritus, sei es durch der Plastik vorausgeschickte Curettage.

Es ist unrichtig, zu glauben, daß die Frauen vom Cervixriß keine Beschwerden hätten; die angeführten Folgen werden nur oft nicht genügend als mit ihnen in ursächlichem Zusammenhange stehend aufgefaßt; welche Bedeutung tiefe Cervixrisse für die Lageveränderungen haben, darauf habe ich in oben erwähnter Arbeit und an anderem Orte[2]) hingewiesen. So stellt ihre Wiedervereinigung auch eine Prophylaxe nach anderer Richtung als der von Bossi mit Recht hervorgehobenen dar.

Es bedarf wohl kaum besonderer Erwähnung, daß dem Entschluß zur Cervixplastik stets der Ausschluß einer etwa bestehenden Gonorrhöe voraufzugehen hat; aber es scheint mir am Platze, auch bei dieser Gelegenheit darauf hinzuweisen, wie falsch die von mancher Seite empfohlene und immer noch geübte tiefe Dizision des äußeren Muttermundes als Hilfsmittel bei der Behandlung der Uterusgonorrhöe ist. Sie ist, wie mich die Erfahrung an einem überreichen Material lehrt, zur erfolgreichen Behandlung völlig überflüssig und führt, wie wir sehen, zu recht bedenklichen Verletzungen, deren dauernder Bestand für die Betroffene von unheilvollen Folgen sein kann.

Der Ablehnung der Sänger'schen Plastik und der Befürwortung der Exzision der ektropionierten Schleimhaut nach Emmet kann ich nach meinen sehr befriedigenden Resultaten mit ersterer nicht beipflichten.

II.

Zur Therapie des Gebärmutterkrebses in den allerersten Anfängen.

Von

Dr. Karl Neuwirth,

Spezialist für Frauenheilkunde in Wien.

Radium und Mesothorium haben eine gewaltige Umwälzung in der Therapie des Uteruskarzinoms, ja, wie es scheint, in der gesamten Gynäkologie bewirkt. Der Großteil der Kliniker hält allerdings noch an der Frühoperation fest, wobei der vaginale Weg ganz besonders zu prävalieren scheint, da man im Prinzip trachtet, durch die Operation das kranke Organ zu entfernen und die weitere

[2]) Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie. 1913. p. 454.

Digitized by Google

Behandlung dem Radiologen oder der sich neu bildenden Spezialität des gynäkologischen Radiologen zu übergeben. Zur prinzipiellen Entfernung des kranken Organs ist natürlich der vaginale Weg der nächstliegende und genügende. Einzelne hervorragende Kliniker allerdings kommen von der Operation auch im Frühstadium immer mehr ab. Zeller schließlich, der zwei Portiokarzinome, wie auch Czerny bei seinem Besuche in Weilheim konstatierte, mit Cinnabarsana, einer Arsen-Quecksilberpaste, völlig heilte, stellt die These auf: Jede Operation beim Krebs, auch die Frühoperation, ist kontraindiziert; sie ist schädlich, weil infolge der Eröffnung der Blutbahnen durch das Messer die Krebserreger erst in den Organismus gestreut werden.

Ist es uns auch unmöglich, vorauszusehen, wie sich die zukünftige Karzinomtherapie gestalten werde, und ist es auch sicherlich in Erwägung zu ziehen, wie weit die auftreibbaren Radiummengen der Unzahl der Karzinomleidenden genügen würden, so bleibt doch unter allen Umständen für uns Frauenärzte ebenso wie für unsere Pat. die Frühdiagnose des Karzinoms von größter Wichtigkeit. Wir werden also nach wie vor bei jeder atypischen Blutung, bei jedem blutigen, irgendwie verdächtigen Ausfluß, bei der Klage der Blutungen post coitum oder anderen suspekten Symptomen, ganz besonders, wenn derartige Ereignisse in die Zeit des Klimakteriums oder nach demselben fallen, curettieren und das durch die Curettage gewonnene Gewebe histologisch untersuchen lassen; ebenso werden wir jede uns irgend verdächtige Rolle an der Portio exzidieren und das exzidierte Stück dem Histologen übergeben. Ich hielte es prinzipiell für besser, die Untersuchung durch einen der Sache ganz fremd gegenüber stehenden Fachmann der Pathologie vornehmen zu lassen, als sie selbst durchzuführen. Unwillkürlich könnte im einen oder anderen Falle, nachdem man sich durch die Kenntnis des Krankheitsbildes ein bestimmtes Urteil gebildet hat, eine sich spontan einstellende Beeinflussung eintreten.

Mir ist es wiederholt im Laufe der Jahre vorgekommen, daß ich bei zwecks histologischer Untersuchung eingesandten Gewebsstücken Antworten erhielt, die ich nach dem klinischen Befunde nicht erwartete. Manche Endometritis hatte die Alluren eines Korpuskarzinoms, manches exzidierte Portiostückchen die eines beginnenden malignen Tumors; manche Cervix erschien nur gebläht, das herausgeholte Gewebe sehr suspekt. Und trotzdem lauteten die Antworten der Pathologen: Malignität nicht nachweisbar oder kein Anhaltspunkt für Karzinom. Manchmal hieß es: Suspekte Stellen; jedoch nicht mit Sicherheit maligne. Hierzu habe ich zu bemerken, daß ich mein Untersuchungsmaterial stets durchaus seriösen Fachmännern und Universitätslehrern übergab. Doch gerade der Fachmann ist vorsichtig und genau; er diagnostiziert Karzinom nur dann, wenn deutliche Epithelnester in der Schleimhaut und, wenn möglich, auch in der Muskulatur nachweisbar sind. Manche Pathologen sehen das Vorhandensein von Epithelnestern allein in der Schleimhaut als unzureichend an; sie fordern den Nachweis entarteter Drüsen auch in der Muskulatur. Auch quergetroffene Bündel glatter Muskelfasern wurden schon für Karzinom gehalten. Indem die Muskelbündel der Uteruswand von bindegewebigen Zügen umgeben sind, kann, falls der Schnitt die Muskelfasern quer und durch den Kern traf, das Bild eines Karzinomnestes vorgetäuscht werden. Auch Deciduareste post abortum und die großen deciduaähnlichen Zellen, besonders zur Zeit der Menstruation, können zu Irrtümern Anlaß geben. Falls einige Bindegewebsfasern, die ebenfalls zum normalen Bestandteil des Zwischendrüsengewebes gehören, durch oder um die Anhäufungen von Deciduazellen laufen, können Bilder zustande kommen, die mit Karzinomnestern Ähnlichkeit haben.

Digitized by Google

Endlich können tangentielle oder durch den Boden der Drüsen gehende Schnitte bei jeder mikroskopischen Untersuchung von Endometrium epitheliale Nester vortäuschen.

Mit Rücksicht auf die oft schwierige Stellung der Diagnose und die große Verantwortung eines positiven Karzinombefundes ist es begreiflich, daß der Pathologe mit einer solchen Diagnose sehr vorsichtig ist, und manchmal bloß »suspekt« antwortet oder Abwarten empfiehlt. Einen interessanten diesbezüglichen Fall erlebte ich vor mehreren Jahren. Eine ältere Dame litt an Blutungen post climacterium. Klinisch war die Sache sehr suspekt; ich ließ das durch Curettage gewonnene Gewebe untersuchen. Ein Fachmann erklärte es mit größter Wahrscheinlichkeit für Karzinom und riet zur sofortigen Totalexstirpation. Pat. lehnte die Operation unter allen Umständen ab. Ich bat noch einen zweiten Fachmann, die Präparate durchzusehen; letzterer enthielt sich einer bestimmten Diagnose; Pat. wurde mit konservativer Therapie völlig geheilt.

Ich habe im Laufe der Jahre eine ganze Reihe von Pat., bei denen die histologische Untersuchung ein sicheres Karzinom nicht ergab, nach der energisch vorgenommenen Curettage bzw. Abschabung der suspekten Stelle mit kräftigen Ätzungen nachbehandelt. Zu intrauterinen Ätzungen verwendete ich starke, 20—30%ige Lapislösungen, zum Ätzen der Portio, bzw. der meist etwas erweiterten Cervix Salpetersäure in rauchender Form. Derartige, mit Vorsicht ausgeführte Ätzungen wurden stets anstandslos vertragen. Ich führte sie meist ambulatorisch aus, indem ich eine mit Watte umwickelte Playfayrsonde ein wenig in Ac. nitric. fumans eintauchte, nunmehr rasch ätzte und sofort mit Wasser oder einer schwachen Lysoformlösung nachspülte. Hernach applizierte ich einen Xeroform-, neuerdings Noviformtampon. Manchmal entstand eine ganz geringfügige, jedoch bedeutungslose kleine Blutung am Tage nachher. Der Ätzerfolg jedoch erschien mir stets sehr befriedigend; die Ätzwunden verheilten nach Abstoßen des Schorfes in einigen Tagen.

Ich habe den Eindruck, daß in den allerersten Anfängen des Karzinoms eine energische Abschabung der Schleimhaut mit nachfolgenden kräftigen Ätzungen das Leiden zu eliminieren vermag. Ich glaube, daß es mir durch meine Methode, jedes irgend verdächtige Gewebe, besonders post climacterium, energisch auszuschaben, nachher mit in Jod getränkter Jodoformgaze zu tamponieren und mit Lapislösungen in der Konzentration bis zu 30%, eventuell mit Salpetersäure — dies letztere natürlich in großen Intervallen, etwa von 10—14 Tagen — nachzuätzen, gelungen ist, so manches Karzinom a priori auszumerzen. Allen diesen Frauen, und es sind dies eine ganze Reihe, geht es völlig gut, wobei hier jahrelange Beobachtungen vorliegen. Eine Hauptaufgabe der Gynäkologen sollte es auch in Zukunft bleiben, die leidende Frauenwelt dazu zu bewegen, bei jeder atypischen Blutung möglichst rasch den Frauenarzt aufzusuchen — im Sinne Winter's und des von Simon in Nürnberg verfaßten Sendschreibens der fränkischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie an die Ärzte und Hebammen.

Schließlich könnte man in jedem Falle, in dem die primäre Operation wegen unsicheren Befundes nicht verantwortet werden kann oder von den Frauen in der Privatpraxis nach Kenntnisnahme des histologischen Befundes nicht zugegeben wird, noch Zeller's Nacasilizium verabreichen. Selbes wird, wie ich aus einer Beobachtung kenne, anstandslos vertragen; es belästigt in keiner Weise; bloß den Genuß saurer Speisen und Getränke verbietet Zeller seinen Pat. während der Kur. Das Mittel ist, wie schon Franz Schuh verbürgte, völlig unschädlich; es verflüssigt bei großen Gaben höchstens etwas den Stuhl. Auch vor nunmehr etwa

Digitized by Google

50 Jahren hatte Schuh, dieser hervorragende Meister seiner Zeit, den Eindruck, daß Silizium imstande wäre, die Krebskrankheit aufzuhalten oder mindestens ungewöhnlich in die Länge zu ziehen; ja er sah damals einen Fall von Heilung bei Markschwamm und einen bei Faserkrebs. In zweifelhaften Fällen, besonders da, wo der positive Ausfall der Freund-Kaminer'schen Reaktion den Karzinomverdacht verstärkt, könnte Nacasilizium längere Zeit, auch monatelang und in der manchen Pat. adäquatesten Form, nämlich in Pillen, gewissermaßen prophylaktisch, fortgegeben werden. Zum Schluß will ich noch erwähnen, daß P. Prym aus Geheimrat Ribbert's Institut in Bonn mitteilt, daß vollständige Entfernung eines Uteruskarzinoms durch Probeauskratzung von ihm wahrgenommen wurde; er und von Hansemann negieren in diesem Falle Spontanheilung.

Literatur:

Schick, Die Krebsbehandlungsmethode Dr. Zeller's. Wien. med. Wochenschr. 1912. N. 48 und 49.

v. Nagel, Gynäkologie f. Ärzte und Studierende. Berlin W. 35. 1904. (Histol. Befunde.) Döderlein und Krönig, Operative Gynäkologie. Leipzig 1907.

P. Prym und v. Hansemannn, Aus Geheimrat Ribbert's pathologischem Institut in Bonn. Deutsche med. Wochenschr. 1913. Nr. 26.

III.

Aus der gynäkolog. Abteilung des Alexanderstadtkrankenhauses zu Kiew (Vorstand: Priv.-Doz. G. Pissemsky) und dem chem.-bakteriologischen Institut von Dr. W. Ljubinsky.

Die Serodiagnostik der Schwangerschaft.

Von

Dr. J. B. Porchownick,

Hilfsarzt der gynäkologischen Abteilung.

Bei der Ausführung der Serodiagnostik stößt man auf einige Schwierigkeiten, die leicht zu falschen Resultaten führen können. Die größte Schwierigkeit besteht in der Zubereitung einer gut koagulierten Placenta. Zu diesem Zweck wird sie von ihren Häuten entblößt, in kleine Stücke zerschnitten, unter fließendem Wasser sorgfältig entblutet und dann 5 Minuten lang in einer zehnfachen Wassermenge gekocht. Das Kochen wird mehrmals in frischem Wasser vorgenommen, bis 5 ccm des zuletzt filtrierten Kochwassers mit 1 ccm einer 1% wäßrigen Ninhydrinlösung bei 1 Minute langem Kochen nicht die geringste Violettfärbung aufweist. Nach Abderhalden genügt es, die entbluteten Placentastücke 5—6 mal auszukochen. Mir ist es jedoch nicht gelungen, sogar nach 12—15maligem Kochen, das Ausbleiben der Placentareaktion mit Nynhydrin festzustellen. Häufig war die Reaktion mit Ninhydrin erst nach der zwanzigsten Kochprobe ausgeblieben, und auch dann konnte nicht immer der Versuch mit dieser Placenta ohne weiteres angestellt werden, da das Kochwasser, in welchem die Koagulationsstücke aufbewahrt wurden, 24 Stunden nach der letzten Kochprobe zuweilen noch eine kaum bemerkbare Violettfärbung beim Kochen mit Ninhydrin zeigte, weshalb die Placentastücke von neuem einige Male ausgekocht werden mußten. Vielleicht hängt das von der Autolyse ab. Darin liegt die Hauptfehlerquelle bei der Ausführung der Reaktion. Die Autolyse der Placentaeiweißkörper findet wahrscheinlich ihre Erklärung in der ungenügenden Entblutung ihrer Zellelemente nach dem von Abderhalden an-

Digitized by Google

gegebenen Verfahren, vielleicht aber auch in der Zersetzung des zurückgebliebenen Blutes. Deshalb beschloß ich die Entblutungsmethode zu verändern. Zu diesem Zweck verband ich die Umbilicalarterien einer frischen Placenta mit der Wasserleitung mit Hilfe eines Gummischlauches, durch welchen Wasser unter niedrigem Druck durchgeleitet wurde. Auf diese Weise gelang es mir, unter beständigem Streichen der Placentaoberfläche dieselbe nach Ablauf einer Stunde so weit zu entbluten, daß das Placentagewebe ganz weiß erschien.

Eine weitere Schwierigkeit bietet zuweilen die Bestimmung des positiven Ausfalls der Reaktion. Es gibt Fälle, wie z. B. bei Fieber, bei der Resorption von Blutergüssen, wo auch das Kontrolldialysat eine leichte Violettfärbung aufweist; die Reaktion ist nach Abderhalden nur dann als positiv zu betrachten, wenn der Unterschied in der Färbung des Versuchs- und Kontrolldialysates deutlich ausgesprochen ist. Nicht immer aber ist es leicht den Unterschied in der Farbenintensität der beiden Dialysate und somit auch den Ausfall der Reaktion als positiv oder negativ festzustellen.

In der letzten Zeit habe ich mich bei meinen Versuchen an folgende Ordnung gehalten. Für jeden Versuch benutzte ich 5—6 Dialysierschläuche, die schon früher auf ihre Durchlässigkeit für Pepton und Undurchlässigkeit für Serumeiweiß geprüft waren. Die Schläuche wählte ich möglichst von gleicher Durchlässigkeit und füllte sie folgendermaßen:

Schlauch Nr. 1. $1^1/_2$ ccm Serum + 0,75 g Placenta,
» Nr. 2. $1^1/_2$ ccm Serum + 0,75 g Placenta,
» Nr. 3. $1^1/_2$ ccm Serum } zur Kontrolle,
» Nr. 4. $1^1/_2$ ccm Serum }
» Nr. 5. $1^1/_2$ ccm eines inaktivierten Serums + 0,75 g Placenta,
» Nr. 6. 2 ccm physiologische Kochsalzlösung + 0,75 g Placenta.

Die beiden letzten Kontrollversuche (Nr. 5 u. 6) wurden zum Zweck der Feststellung, ob nicht auch durch die Autolyse der Eiweißkörper der Placenta ein positives Resultat erhalten werden kann, vorgenommen. Die Schläuche wurden dann zum Dialysieren auf 16 Stunden in den Thermostaten bei 37° C gestellt, und das Dialysat wurde nach Ablauf dieser Zeit auf die angegebene Weise mit Ninhydrin geprüft. Die zu untersuchenden Blutproben von je 10 ccm wurden in der Regel am Morgen, vor dem Frühstück, durch Punktion der Vena mediana mit einer abgekühlten, trockenen Spritze gewonnen und für einige Stunden ruhig stehen gelassen. Es setzte sich hiernach 5—6 ccm durchsichtigen Serums ab, so daß man fast nie das Blut zu zentrifugieren brauchte. Die Zahl der beschickten Dialysierschläuche wurde, gegenüber den gewöhnlich in den Versuchen Abderhalden's und anderer Autoren benutzten (3) verdoppelt, um die Abhängigkeit des Resultates der Reaktion von der Qualität der Schläuche möglichst zu vermeiden. Von den von mir angestellten 100 Blutuntersuchungen schließe ich die ersten 20 aus meinen Schlußfolgerungen aus, da 10 von ihnen in Ermangelung von Ninhydrin mit Hilfe der wenig empfindlichen Biuretreaktion ausgeführt worden waren. Auch die übrigen 10 Versuche sind nicht ganz fehlerfrei. Es bleiben also 80 einwandfreie Untersuchungen übrig, welche ich folgendermaßen gruppiere (s. Tabelle):

In einem Falle, wo die Menses 2 Wochen ausgeblieben waren, erhielt ich eine fast gleiche Färbung der Dialysate, sowohl des Serums + Placenta, als auch des Kontrolldialysates (nur Serum), weshalb ich die Reaktion nach Abderhalden als negativ betrachtete. Späterhin stellte sich hier eine normal fortschreitende Schwangerschaft heraus.

Digitized by Google

I. Gruppe: Normale Schwangerschaft.

Normale Schwangerschaft	Zahl der Fälle	Reaktion Abderhalden	
		positiv	negativ
Schwangerschaftsperiode			
von 5— 6 Wochen	1	1	
„ 6— 8 „	7	6	1*
„ 8—20 „	7	7	
„ 20—40 „	11	11	
Missed abortion			
6 Wochen	1	1	
10 „	1	1	
	28	27=97%	1

* Siehe Text.

Die zweite Gruppe erstreckt sich auf 10 Fälle post partum. In dieser Gruppe reagierten 8 Fälle positiv, 2 Fälle negativ: einer am 20., der andere am 1. Tage nach der Geburt. In diesem letzten Falle wurde das Serum einer Wöchnerin mit leichten eklamptischen Anfällen sub partu entnommen und mit ihrer eigenen Placenta zum Dialysieren aufgestellt. Die Abderhalden'sche Reaktion fiel negativ aus. Das Serum anderer Wöchnerinnen aus dieser Gruppe spaltete jedoch die Eiweißkörper dieser Placenta. Ähnliche Erscheinungen werden von Henkel in einem und von Abderhalden in zwei Fällen ihrer Untersuchungen berichtet.

Die dritte Gruppe umschließt 13 Fälle von Extrauteringravidität, in welchen die Menses 8—28 Wochen ausgeblieben waren. Die Diagnose wurde in allen Fällen durch die Operation bestätigt. In 11 Fällen, also in 87% war die Reaktion positiv. In einem Falle war die Differenz der Farbenintensität der Dialysate, des Serums + Placenta und des Kontrolldialysates, nicht deutlich ausgesprochen, so daß ich die Reaktion nach Abderhalden als negativ bezeichnete. Die Operation jedoch ergab eine Graviditas extrauterina tubaria dextra (Ruptur). In dem anderen Versuch war das Dialysat (Serum + Placenta) zwar intensiv gefärbt, jedoch enthielt ich mich eines bestimmten Schlusses, da ich wegen Mangel an Serum kein Kontrolldialysat anfertigen konnte. Überhaupt möchte ich hinzufügen, daß bei dieser Gruppe die Abderhalden'sche Reaktion schwächer als bei Normalschwangeren ausfällt. Nur in einem Falle von Extrauteringravidität im 7. Monat war der positive Ausfall der Reaktion scharf ausgesprochen (intensive Violettfärbung). Dieser Fall ist insofern interessant, als die Diagnose zwischen Uterustumor, unterbrochener normaler oder Extrauteringravidität geschwankt hatte.

Jetzt komme ich zur vierten Gruppe der Fälle, in denen die Blutuntersuchungen bei Nichtschwangeren angestellt wurden. Diese Gruppe besteht aus 29 Fällen, Fällen mit entzündlichen Affektionen des Uterus und der Adnexe und ohne dieselben. Von 12 Fällen der ersten Kategorie war die Reaktion in 9 Fällen ausgesprochen negativ (75%); in 2 Fällen war die Färbung des Dialysates (Serum + Placenta) so schwach, daß ich die Reaktion unbestimmt ließ, und endlich in einem Fall ergab das Dialysat (nicht das Kontrolldialysat) eine ziemlich ausgesprochene violette Färbung. Es handelte sich im letzten Falle um eine 50jährige Nullipara mit hohem Fieber und bedeutendem, festem Exsudat im kleinen Becken, welches, wie sich später herausstellte, perimetritischer Natur war. Bei der Untersuchung

Digitized by Google

dieser Kategorie von Nichtschwangeren ergab demnach die Abderhalden'sche Reaktion den kleinsten Prozentsatz (75%), eindeutiger Resultate. Das kann vielleicht durch den Umstand erklärt werden, daß ein großer Teil dieser Pat. Fieber hatte und daher in ihrem Blute überhaupt ein erhöhter Zerfall von Gewebeeiweiß vor sich ging, dessen Produkte beim Übertreten vom Blutserum in das Dialysat eine mäßig ausgesprochene Reaktion mit Ninhydrin bedingen konnten. Letzteres dient als Reaktion für die verschiedensten Eiweißkörper. Eine ähnliche Erscheinung konstatiert auch Abderhalden in einer seiner letzten Arbeiten (Beiträge zur Klin. der Infektionskr. u. zur Immunitätsforsch. 1913, B. I, H. 2, p. 261).

Von 17 Fällen der zweiten Kategorie der vierten Gruppe (Myome, Cysten, Klimakterium, Prolaps) war die Reaktion in 13 Fällen (76%) negativ; in 3 Fällen unbestimmt, da eines der Versuchsdialysate eine leichte Färbung aufwies, zwei andere, Versuchs- und Kontrolldialysate (nur Serum) keine Färbung ergaben. Es ist wahrscheinlich, daß während des Dialysierens die Schläuche Defekte bekamen. Im vierten Fall endlich, wo sub operation sich ein interstitielles Myom in einer Tubenecke des Uterus herausgestellt hatte, war die Reaktion schwach positiv. Der Uterus war wie bei einer Gravidität von 2 Monaten vergrößert, von teigiger Konsistenz und einem graviden Uterus sehr ähnlich. In der Anamnese fand man die Angabe, daß die Menstruation in den beiden letzten Monaten nur gering gewesen war und gegen die Norm nur einen Tag angehalten hatte.

Ich möchte noch auf eine interessante Erscheinung bei der Blutuntersuchung einer an Carcinoma uteri leidenden Pat. aus dieser Kategorie hinweisen. Das Versuchs- wie auch das Kontrolldialysat färbten sich gleich intensiv violett. Da keine Differenz in der Färbung der Dialysate vorhanden war, hielt ich diese Reaktion nach Abderhalden für negativ. Vielleicht hing in diesem Falle die Färbung der Dialysate nicht vom abgebauten Placentaeiweiß ab, sondern von dem wahrscheinlich im Blute Kanzinomkranker zirkulierenden, abgebauten Eiweiß der abgestoßenen Krebszellen.

Aus den vorliegenden Untersuchungen möchte ich folgende Schlüsse ziehen:

1) Die lege artis mit Hilfe des Dialysierverfahrens ausgeführte Abderhaldensche Reaktion ist eine ziemlich zuverlässige Methode für die Schwangerschaftsdiagnose zu einer Zeit, wo die Befunde der gynäkologischen Untersuchung für die Diagnose noch ungenügend sind.

2) Diese Reaktion hält noch einige Zeit nach der Geburt (bis 2 Wochen) an.

3) Die Abderhalden'sche Reaktion dient nicht nur zur Diagnose der normalen Gravidität, sondern, was besonders wichtig ist, auch zur Diagnose der Extrauteringravidität, obgleich im allgemeinen hierbei die Reaktion schwächer ausfällt.

4) Bei fiebernden Pat. bekommt man zuweilen eine Färbung des Dialysates auch bei Nichtschwangeren, wahrscheinlich infolge der im Blute vorgehenden erhöhten Eiweißspaltung. Jedoch gibt in solchen Fällen zum Unterschied von der Abderhalden'schen Reaktion bei Schwangeren auch das Kontrolldialysat (nur aus Serum der fiebernden Pat. bestehend) eine ebenso ausgesprochene Färbung.

5) Das Dialysierverfahren verlangt noch eine Vervollkommnung in bezug auf die Zubereitungsmethode der Placenta, wie auch auf die Qualität der Dialysationsschläuche. Bei der Ausführung desselben ist, um falsche Resultate zu vermeiden, unausgesetzt die äußerste Vorsicht und peinlichste Erfüllung aller Abderhaldenschen Vorschriften bis ins einzelne angebracht.

Digitized by Google

IV.

Alexander-Adams mit Tuberkulumschnitt.

Von

Dr. Georg Zickel,

Frauenarzt in Berlin-Wilmersdorf.

Vor einigen Jahren hat W. Liepmann in seinem gynäkologischen Operationskurs unter der Bezeichnung »Tuberkulumschnitt« eine tiefe quere Schnittführung für Laparotomien und Alexander-Adams'sche Operationen empfohlen, die, soweit ich die Fachliteratur übersehe, noch keinerlei Beachtung bzw. Nachprüfung von seiten der Fachkollegen erfahren hat. Da ich in letzter Zeit den Tuberkulumschnitt in 15 Fällen von Alexander-Adams angewandt und recht zufriedenstellende Erfahrungen mit ihm gemacht habe, halte ich es für angebracht, durch eine kurze Mitteilung zu seiner weiteren Verbreitung beizutragen.

Der Schnitt wird vom oberen Rande des linken Tuberculum pubis etwa 1 cm über dem oberen Ende der Schamspalte bis zum lateralen Rande des rechten Tuberculum quer durch Haut- und Fettgewebe des Mons veneris bis auf die Fascie geführt, wobei die Blutung aus den subkutanen Venen etwas reichlicher als bei der seitlichen Schnittführung zu sein pflegt. Nachdem man die Fascie im Umkreis von etwa 1 cm von dem hier ziemlich fest haftenden subkutanen Fettgewebe frei präpariert hat, gelingt es leicht durch Abschieben mit einem Tupfer die Fascie bis über die äußeren Leistenringe hinaus und im Verlauf des Leistenkanales freizulegen. Die Wunde wird nunmehr durch einen stumpfen Haken seitlich verzogen und die Präparation und Fixation der Ligg. rotunda in der von dem jeweiligen Operateur bevorzugten Technik mit oder ohne Fascienspaltung ausgeführt. Eine fortlaufende Fettnaht und Klammerverschluß der Hautwunde beendigt den kleinen Eingriff, der im ganzen etwa 10—15 Minuten dauert.

Ein Vergleich dieser Schnittführung mit der im allgemeinen bei Alexander-Adams üblichen doppelseitigen Methode fällt unbedingt zugunsten des Tuberkulumschnittes aus.

Die Übersichtlichkeit des Operationsfeldes ist eine vollständige und steht in keiner Weise hinter der bei seitlicher Schnittführung zurück, wie z. B. daraus hervorgeht, daß ich in meinen Fällen dreimal mit der Fixation der Ligg. rotunda die Radikaloperation gleichzeitig bestehender Inguinalhernien in der bequemsten Weise verbinden konnte.

Die Vorzüge des Verfahrens sind ohne weiteres aus der Beschreibung ersichtlich. Anstatt der zwei bei der seitlichen Schnittmethode notwendigen Operationsverletzungen braucht man nur eine kleine Wunde anzulegen, die den Vorteil bietet, daß ihre Nahtlinie nicht mit der Fasciennaht zusammenfällt, die die Operationsdauer etwa um die Hälfte verkürzt, und die endlich eine kosmetisch ausgezeichnete, in der Behaarung des Mons veneris absolut verschwindende kleine Narbe zurückläßt. Der Hauptvorzug der Methode besteht aber meiner Ansicht nach darin, daß es bei im Laufe der Operation eintretenden Komplikationen möglich ist, ohne weiteres, d. h. ohne eine neue Wunde zu setzen, in wenigen Sekunden durch Querspaltung der Fascie, Auseinanderdrängen der Recti und Eröffnung des Peritoneums die Operation in eine Laparotomie zu verwandeln. In zweien meiner Fälle hatte ich Gelegenheit, diese Annehmlichkeit zu erproben, einmal, als durch zu starken Zug des Assistenten an dem frei präparierten Band dasselbe dicht am Uterus abriß, ein zweites Mal, als ich wegen zu schwacher Entwicklung der Ligg. rot. die Bandfixation für ungenügend hielt und durch die Ventrifixur ersetzen

Digitized by Google

wollte. Wer bei der alten Schnittführung derartige Komplikationen gelegentlich erlebt hat, wird diesen Vorzug des Tuberkulumschnittes ganz besonders zu schätzen wissen. In diesen Fällen hatte ich auch Gelegenheit festzustellen, daß sich der Tuberkulumschnitt für einfache Laparotomien, wie Ventrifixuren, Tubensterilisationen usw. durchaus eignet. Für größere Laparotomien, wie Adnexoperationen usw., dürfte er als typische Schnittmethode weniger in Betracht kommen, weil hierbei der geringe Vorteil des besseren kosmetischen Effektes durch die etwas störende Raumbeschränkung wieder aufgehoben wird.

Hingegen lassen ihn die oben kurz skizzierten Vorzüge bei der Ausführung des Alexander-Adams als durchaus geeignet erscheinen, für diese Operation das typische Verfahren zu werden und die doppelseitige Schnittführung aus der Operationstechnik zu verdrängen.

Berichte aus gynäkologischen Gesellschaften.

1) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung vom 10. Januar 1913.

Vorsitzender: Herr Bumm; Schriftführer: Herr P. Strassmann.

Nachruf auf die verstorbenen Mitglieder Benicke und B. Bosse.

I. Überreichung der Diplome an die neu aufgenommenen Mitglieder, die Herren Braude, Dahlmann, Daude, Davidsohn, Jacobi, Klages, Naumann, Ohse.

II. Demonstrationen:

1) Herr Siefart: Interstitielle Gravidität.

Eine 25 Jahre alte Pat., die vorher von mir wegen Appendicitis operiert war, 5 Jahre verheiratet, hatte gleich im Anfang der Ehe Lues durchgemacht. Vor 1 Jahre wegen schweren eitrigen Katarrhes der Vagina, der Cervix und der Urethra von mir behandelt, wurde sie vor 2 Monaten Gravida. Sie nahm sich wenig in acht und teilte mir auch nur schriftlich ihren Zustand mit, obwohl ihr aufgetragen war, sich vorzustellen, sobald die Menses zessierten. Eines Tages bekam sie eine schwere Ohnmacht und wurde in meine Klinik gebracht, wo sie sofort operiert wurde. Allerdings hatte man 6 Stunden vergehen lassen, ehe sie zur Klinik kam. Die an der pulslosen Pat. sofort vorgenommene Operation dauerte 20 Minuten. Ich fand eine enorme Menge Blut in der Bauchhöhle und der Tube. Ein Teil der Uteruswand ist mit entfernt, die Tube erweitert sich in ihrem uterinen Ende trichterförmig. Daraus schließe ich, daß es sich um eine interstitielle Gravidität handelt, die bekanntlich sehr selten ist. Werth sah sie bei 120 Fällen von Extrauteringravidität nicht ein einziges Mal, und Martin unter 77 Fällen nur einmal. Die pulslos eingelieferte Pat. erholte sich nicht, sondern verstarb nach 12 Stunden, obwohl alles angewendet wurde, was nur denkbar ist. Der Fall beweist, daß frühere Erkrankungen eine Ätiologie für die Extrauteringravidität abgeben, und daß man nicht früh genug zur Operation schreiten kann. Ich betone das ausdrücklich, weil erst kürzlich wieder ein Herr aus Salzburg in diesem Blatte die Operationswut an den Pranger stellen zu müssen glaubte.

2) Herr Heinsius: a. Cystenniere bei Gravidität.

Eine 32jährige IIgravida, die seit ihrer ersten Entbindung vor 4 Jahren wegen allerlei Beschwerden, zuletzt wegen Wanderniere, behandelt worden war, erkrankte im 8. Monat der Gravidität ziemlich plötzlich an Sehstörungen, zeitweiser Erblindung auf einem Auge, Erbrechen, Kopfschmerz und heftigen dys-

Digitized by Google

pnoischen Erscheinungen. Die stark ödematöse Kranke machte den Eindruck einer Eklamptischen, obwohl sie bei Bewußtsein war. Der Urin erstarrt beim Kochen, enthält granulierte und hyaline Zylinder und Leukocyten und wird nur in geringer Menge ausgeschieden. Wegen der schweren, lebensbedrohenden Erscheinungen (Trachealrasseln, Puls 140, kaum zählbar; kühle Extremitäten), Colpohysterotomia anterior und Entbindung mittels Zange. Danach zunächst Besserung.

Nachdem eine einem Ovarialtumor ähnliche Geschwulst, die sich rechts neben dem Uterus befunden hatte und für eine Niere gehalten worden war, geschwunden war, und die Kranke sich gut erholt hatte, tritt nach einigen Tagen wiederum eine Vergrößerung dieser Geschwulst, Schwellung des rechten Beines und der rechten Lendengegend auf. Der Urin ist eiter- und bluthaltig. Es treten Schüttelfröste und hoher Puls auf. Der Tumor ist schließlich mannskopfgroß, fluktuiert und reicht bis über den Nabel; die rechte Lendengegend ist gerötet, geschwollen, glänzend. Wegen lebensbedrohlicher Erscheinungen wurde in der Annahme, daß es sich um eine infizierte Hydronephrose bzw. Pyelonephritis und perinephritischen Abszeß handelte, die Geschwulst freigelegt und exstirpiert. Es entpuppte sich die Geschwulst als eine kolossale infizierte Cystenniere. Der letale Ausgang wurde durch die Operation nicht verhindert.

Bei der Sektion zeigte sich auch die andere Niere und die Leber cystisch degeneriert und eine Hypertrophie des linken Herzventrikels.

Herr H. demonstriert das riesige, vollkommen cystisch degenerierte Organ sowie ein Stück der cystisch degenerierten Leber und weist auf die Seltenheit der ernsten Komplikation von Cystenniere und Gravidität, sowie die diagnostischen Schwierigkeiten hin.

b. Nierenexstirpation bei Ureterfistel und Pyelonephritis wegen sekundärer Erkrankung der anderen Niere.

Bei einer 37 Jahre alten Frau, die sieben Geburten durchgemacht hatte, wurde 3 Monate nach der letzten schweren Zangenentbindung bemerkt, daß sie naß lag. Es wurde eine Cystitis, eine Narbe im linken Scheidengewölbe und zeitweise Abgang von Flüssigkeit aus der rechten Seite einer Erosion an der Portio vaginalis festgestellt. Das Cystoskop zeigte, daß der rechte Ureter funktionierte, der linke dagegen nicht. Somit mußte eine linkseitige Ureter-Cervixfistel bestehen. Obwohl die Cystitis im Abheilen begriffen war und die aus der Scheide sickernde Flüssigkeit klar und bakterienfrei geworden war, traten eines Tages heftige Schüttelfröste auf, die die Kranke sehr herunterbrachten. Bei täglich vorgenommener Urinuntersuchung wurden eines Tages in dem von der rechten Niere sezernierten Urin granulierte Zylinder gefunden. Die Menge der Zylinder und der Eiweißgehalt nahmen andauernd zu. Da kein anderer Krankheitsherd nachzuweisen war, wurde angenommen, daß links eine Pyelonephritis bestehe, die sekundär zu einer Erkrankung der bis dahin gesunden Niere geführt hätte. Ein linkseitig vorgenommener Nierenschnitt bestätigte diese Annahme: Die linke, verkleinerte, ganz und gar von Abszessen durchsetzte Niere wurde entfernt. Die Zylinder verschwanden aus dem Urin und die Kranke genas.

H. demonstriert das exstirpierte Organ und weist darauf hin, daß dies einer der seltenen Fälle sei, in denen die Exstirpation der primär erkrankten Niere zur Gesundung der anderen sekundär erkrankten Niere geführt hat und somit direkt lebensrettend war.

Diskussion. Herr Gottschalk erwähnt eine analoge Beobachtung, deren Verlauf der uneingeschränkten Schlußfolgerung des Herrn Vortr. widerspricht.

Digitized by Google

Es handelt sich um eine anderweitig vorgekommene Verletzung des Ureters bei einer Laparotomie. Der Urin der betreffenden Seite floß, da die Verletzung von dem betr. Operateur bei der Operation nicht bemerkt worden war, bis zum 13. Tage in die freie Bauchhöhle. Dann wurde die Douglas'sche Tasche vaginal inzidiert und dem angesammelten Urin Abfluß durch ein Drainrohr verschafft. 4 Tage später kam die Pat. zur Aufnahme in G.'s Klinik. Pat. fieberte bei der Aufnahme, hatte linkseitige Nierenkoliken. Der Urin der einen Niere wurde durch die Harnröhre gelassen, er betrug etwa 600 g pro 24 Stunden, der Urin der anderen Niere floß durch das Drainrohr per vaginam ab, etwa 700 g pro 24 Stunden. Der so getrennt aufgefangene Urin beider Nieren ergab bei der Untersuchung doppelseitige Pyelonephritis mit Entzündung des Parenchyms. Pat. war in einer sehr schlechten Verfassung, der Puls klein und frequent, es entwickelte sich ein sehr lebensbedrohendes Krankheitsbild unter Auftreibung des Leibes, Erbrechen, während die Harnabsonderung durch die Bauchhöhlen-Scheidenöffnung infolge eines perifistulösen, intraperitonealen Exsudates allmählich sistierte. G. trug Bedenken, die linke Niere zu entfernen wegen der Ungewißheit, ob die entzündlich erkrankte rechte Niere imstande wäre, die Aufgabe der linken mit zu übernehmen, sonderte doch die rechte Niere an manchen Tagen nur reichlich 400 ccm Urin ab. Dazu kam das schlechte Allgemeinbefinden. G. behandelte daher abwartend, resorbierend und diätetisch mit dem Erfolge, daß Pat. nach $5^1/_2$ Wochen die Klinik verlassen konnte, mit einem großen intraperitonealen Exsudat. Spätere cystoskopische Untersuchung zeigte, daß die linke Niere ihre Funktion ganz eingestellt hat; das Exsudat vereiterte und entleerte sich durch die Harnblase. Die rechte Niere ist völlig gesundet und sondert bis 2000 ccm Urin ab. G. hat die Überzeugung, daß in diesem Falle die Nierenexstirpation, die der Herr Vortr. für jeden dieser Fälle forderte, unglücklich verlaufen wäre. Beide Nieren waren vor der Laparotomie gesund, die linke erkrankte aszendierend, die rechte toxisch vom intraperitoneal zersetzten Urin aus.

Herr Zinsser weist darauf hin, daß man im Fall der Erkrankung beider Nieren sich nicht zur Exstirpation der einen entschließen dürfe, ehe nicht durch genaue Untersuchung festgestellt sei, daß das zurückbleibende Organ noch imstande sei, die Funktion des zu entfernenden zu übernehmen.

Herr Heinsius weist darauf hin, daß in dem Falle von Herrn Gottschalk nicht die eine Niere isoliert und als Folge davon die andere Niere erkrankt war, sondern daß die Erkrankung beider Nieren eine Folge der voraufgegangenen Operation, die zu einem Exsudat geführt hatte, war. Im Falle von Heinsius befand sich außer der septisch erkrankten linken Niere kein weiterer Krankheitsherd im Körper der Frau.

3) Herr Schülein zeigt ein Fibroid des Uterus vor, welches seiner Größe wegen wohl ein gewisses Interesse hat. Es wog fast 18 Pfund. Es stammt von einer durch Blutungen sehr heruntergekommenen Pat. Die Entfernung des Tumors machte keine besonderen Schwierigkeiten. Das linke Ovarium war in Adhäsionen eingebettet; es wurde nach Lösung derselben entfernt. Das rechte verblieb im Körper. — Sein größter Ovarialtumor, den Schülein vor etwa 1 Jahr entfernte, wog $39^1/_2$ Pfund.

III. Vortrag. Herr Molinari: Zur Ätiologie der Narkosenlähmungen.

Redner erwähnt zunächst kurz die in der Literatur beschriebenen Fälle von Narkosenlähmungen und die von einzelnen Forschern angenommenen Entstehungsursachen. Er geht dann auf sechs, in der Universitäts-Frauenklinik vorgekommene

Digitized by Google

Fälle von Plexuslähmungen in der Narkose und die dabei gemachten Beobachtungen näher ein. Die Resultate der nach Freilegung des Plexus brachialis an Leichen vorgenommenen Untersuchungen, welche zwei den Plexus schädigende Armhaltungen ergaben, werden durch Projektion von photographischen Aufnahmen des Plexus in den betreffenden Armstellungen veranschaulicht.

Diskussion. Herr Gottschalk hat vor langen Jahren zwei Narkosenlähmungen in seiner Klinik gesehen (Chloroform- bzw. Äthernarkose). In beiden Fällen hatte der narkotisierende Kollege den Arm während der Operation in maximaler Extension gelagert, die Hand unter den Kopf der Pat. In beiden Fällen hat sich die Behandlung lange hingezogen, ist aber erfolgreich gewesen. G. hat seitdem streng darauf gehalten, daß die Arme in das hochgeschlagene Hemd der Pat. gelagert werden, so daß sie der Brust anliegen. Die Atmung ist dadurch nicht beengt, und der am Kopfende stehende Narkotiseur kann auch bequem den Puls fühlen. Seitdem diese Armhaltung beobachtet wird, es sind das viele Jahre, ist keine Narkosenlähmung mehr vorgekommen. G. erblickt in der Vermeidung der extendierten Armhaltung nach oben das beste Prophylaktikum.

Herr Saniter glaubt nicht an Quetschung der Nerven, sondern nur an Zerrung, Spannung um Clavicula und Humeruskopf herum. Auch die Abbildungen scheinen ihm für diese Auffassung zu sprechen.

Herr P. Strassmann: Die Theorie, daß man in der Clavicula die Ursache für die Narkosenlähmung zu suchen hat, ist zu verlassen. Es ist wohl immer die Dehnung der Nerven durch die Haltung der Arme über dem Kopfe, die die Narkosenlähmung in diesen Fällen bedingt. Sie ist besonders bedenklich bei Mammaoperationen, da hier oft der Arm über den Kopf gehoben wird. Ich erinnere mich einer Pat., die nach einem von mir operierten Uteruskarzinom später wegen Mammakarzinom von einem Chirurgen operiert wurde: sie wachte mit beiderseitiger Armlähmung aus der Narkose auf. Die Lähmung des einen Arms war durch die Ausräumung der Achselhöhle bedingt, die des anderen aber sicher durch Überhochheben des Armes bei der Operation verursacht. Übrigens wurden beide Arme wieder gut. S. sah an einem zu schmalen Operationstisch vor Jahren hintereinander drei Lähmungen des Armes nach der Narkose, weil der nicht hochgeschlagene Arm so auf der Tischkante lag, daß eine typische Radialislähmung entstand. — Die Haltung bei der Operation kann nicht mit wenigen Worten erledigt werden. Die unter den Rücken gelegte Hand der Pat. wird blauweiß. S. läßt den einen Arm am Körper strecken und durch eine Handfessel befestigen, den andern Oberarm an den Körper legen, den Unterarm halten, jedenfalls nicht auf die Brust legen. Der Brustkorb soll doch in Narkose frei sein. Die Hand ragt dann allerdings ein klein wenig hervor, kann aber durch ein steriles Tuch bedeckt werden. Narkosenlähmungen der unteren Extremitäten hat Strassmann zweimal nach Operationen beobachtet. Beide sind im Laufe einiger Wochen geheilt. Verantwortlich dürfte sein, daß zuweilen bei der Assistenz die Extremitäten zu stark zusammengedrückt werden. Eine Gebärende sah S. aus der Narkose aufwachen mit einer Lähmung des Beins. Leichte Geburt, Kind 5 Pfund. Es waren nur ein paar Tropfen Choloroform gegeben worden. Bei der Geburt hatte die bald danach verstorbene, außerordentlich korpulente Hebamme assistiert, es wurde immer von der Familie behauptet, daß diese Hebamme das Bein gedrückt habe. In diesem Falle ist es nicht gelungen, das Bein wieder in Gang zu bringen, die Pat. geht am Stock und hinkt.

Herr Gerstenberg hat bei einer verhältnismäßig kurzen Operation eine Unterschenkellähmung gesehen; er erinnert an das leichte Taubsein und Kribbel-

Digitized by Google

gefühl, das sich bei Jägern bisweilen einstellt, wenn das Gewehr über der rechten Schulter hängend stundenlang getragen wird; hier ist Druck auf den Plexus brachialis die Veranlassung, von Zerrung kann keine Rede sein.

Herr Dahlmann glaubt, daß nicht allen Narkosenlähmungen eine gleiche Ätiologie zugrunde liegt; es ist daran zu denken, daß eine primäre Arterien- und Kreislaufstörung vorliegt.

Herr Bumm hat im Laufe der letzten 2 Jahre drei Gutachten bei der gerichtlichen Verhandlung von Klagen wegen Narkosenlähmungen, die bei gynäkologischen Operationen entstanden sind, ausarbeiten müssen. Die Frauen sind operiert worden, haben dann den Erfolg der eigentlichen Operation für nichts geschätzt, dagegen sich sehr geschädigt gefühlt durch die danach entstandene Lähmung des Armes. Es sind zum Teil Frauen gewesen, die mit ihrer Hände Arbeit ihren Lebensunterhalt sich haben verdienen müssen und die recht hohe Entschädigungsansprüche an den Arzt gestellt haben. Ich habe mich in diesen Gutachten grundsätzlich auf den Standpunkt gestellt, nichts ableugnen zu wollen, sondern von vornherein zugegeben, daß eine Schädigung vorliegt, die auf einer falschen Stellung des Armes bei der Narkose zurückzuführen ist. Aber ich glaube, daß man ebensogut wie das Zurücklassen von Tüchern in der Bauchhöhle oder andere Zufälle, die bei der Operation sich ereignen, auch die Narkosenlähmungen als ein Unglück betrachten muß, das jeder als Risiko mit in den Kauf zu nehmen hat, der sich operieren läßt, weil alle menschliche Arbeit unvollkommen ist. Das ist in einem der Fälle, die ich hier erwähnt habe, auch von dem Richter anerkannt worden, und die Leute sind mit ihren Schadenersatzansprüchen abgewiesen worden. Alle diejenigen, die solche Lähmungen nach Operationen erleben, werden davon sehr viel Unangenehmes haben, denn die Frauen laufen herum und erzählen immer wieder von der schweren Schädigung, die sie erlitten haben. Und wenn es dann noch Leute sind — wie es uns in einem Falle gegangen ist —, die sich der Behandlung entziehen und zu anderen Ärzten kommen, die in wenig kollegialer Weise die Sache hinstellen, so hat man mit solchen Fällen wirklich viel Ärger.

Sitzung vom 24. Januar 1913.

Vorsitzender: Herr Bumm; Schriftführer: Herr P. Strassmann.

Herr A. Martin: Erinnerungsworte an Marion Sims, der vor 100 Jahren geboren wurde.

I. Demonstrationen.

1) Herr Kuntzsch: a. Nabelschnurumschlingung.

Bei unverletzter Fruchtblase war die Nabelschnur so fest um den Oberschenkel einer dreimonatigen Frucht geschlungen, daß es fast zur Amputation desselben geführt hätte, wenn nicht vorher durch Gefäßkompression der Fruchttod eingetreten wäre.

b. Zyklop. 32 cm lange Frucht weiblichen Geschlechts.

2) Herr Bumm: Über Mesothoriumverbrennungen.

Ich möchte den Herren einige Fälle von Mesothoriumverbrennungen zeigen, die bei dem Versuch, mit Mesothorium ähnliche Erfolge zu erreichen, wie sie mit der Röntgenbestrahlung erzielt werden, eingetreten sind, und die bei der Neuheit der Sache vielleicht manche von den Herren interessieren werden.

Bekanntlich haben wir es bei den Strahlen, die von Radium und Mesothorium ausgehen, mit ähnlichen Strahlen zu tun, wie wir sie bei der Röntgentherapie

Digitized by Google

verwenden. Nun ist die Röntgenbestrahlung für den Arzt und für die Pat. ein manchmal recht langwieriges und dabei zeitraubendes und auch teures Verfahren. Es wäre ein großer Fortschritt, wenn man mit den gleichen Erfolgen an Stelle der Röntgenstrahlen die Strahlen des Radiums und des Mesothoriums verwenden könnte. Man ist offenbar jetzt allerseits an der Arbeit, diesen Ersatz durch Versuche zu prüfen. Dabei kommt es wesentlich darauf an, die Technik auszubilden, d. h. durch geeignete Filter die schädlichen weichen Strahlen auszuschalten und für die harten Strahlen den besten Applikationsort und die geeignete Zeitdauer festzustellen. Ist eine richtige Technik einmal gefunden, so wird es viel einfacher und billiger sein, die Frauen mit der Mesothoriumkapsel in der Vagina eine Zeitlang liegen zu lassen, als eine Röntgenbestrahlung zu machen.

Wir verwenden drei Röhrchen mit 20 bzw. 50 mg Mesothorium. Die Röhrchen sind aus Silber, die 0,06 mm dicke Wand dient zugleich als Filter. Die Röhrchen werden direkt oder mit einem Adrenalintampon umhüllt in das Scheidengewölbe oder in den Halskanal eingelegt. Die Dauer der Applikation betrug 3—6—24 Stunden und darüber. Dabei sind in vier Fällen oberflächliche Nekrosen des Scheidengewölbes vorgekommen, die der Ausdehnung der wirksamen Substanz entsprechend etwa erbsengroß sind und sehr geringe Neigung zur Reinigung und Ausheilung zeigen. In einem Falle kam es nach einer zweimaligen 24stündigen Applikation von 20 mg zu einem Abszeß im Douglas, der völlig keimfreien Eiter enthielt, mit leichtem Fieber einherging und mit harter Schwielenbildung ausheilte. Die gleiche Dosis ist in anderen Fällen ohne Schädigung ertragen worden, wie überhaupt die Einwirkung der Präparate bei verschiedenen Personen sehr verschieden ausfällt. Frauen mit Collumkarzinom haben die Applikation von 20 und 50 mg Mesothorium 130—314 Stunden ohne Reaktion ertragen, es trat an den karzinomatösen Partien nur eine oberflächliche Nekrose auf. Über die im ganzen günstigen Erfolge wird später berichtet werden. (Folgt die Demonstration der Fälle.)

II. Vortrag des Herrn Zinsser: Über die Schädigung der Niere bei Eklampsie.

Ein ätiologischer Zusammenhang zwischen Niere und Eklampsie besteht nicht. Die Niere interessiert uns aber als das am augenfälligsten geschädigte und unserer Untersuchung am leichtesten zugängliche Organ. Einen Rückschluß auf die Schwere der eklamptischen Erkrankung läßt die einfache Beobachtung der Wasserdiurese nicht zu. Ebensowenig die Kontrolle der Albuminurie oder der Stickstoffausscheidung. Bei ödematösen Eklamptischen spricht ein plötzliches und dauerndes Sinken des Kochsalztitres des Urins für eine schwere Organschädigung. Auch als sekundäre Komplikation — im Sinne einer sekundären Urämie oder einer renalen Retention des eklamptischen Giftes — ist nach Ausbruch einer Eklampsie die Nierenschädigung nicht sehr hoch zu bewerten, eine einseitige Berücksichtigung der Niere bei der Therapie daher abzulehnen.

(Erscheint ausführlich in der Berliner klin. Wochenschrift.)

Diskussion. Herr Liepmann unterstreicht den Satz des Vortragenden: »Die Schädigung der Niere ist nur eine Episode in dem großen Drama der Eklampsie.« Er verweist auf seine Arbeiten in der Münchener med. Wochenschrift 1905, Nr. 15 und 51 und die dort zitierten Fälle.

Herr Bumm erhebt in klinischer Hinsicht Opposition gegen die Absetzung der Nierenschädigung als ätiologischen Momentes der Eklampsie. Es gibt gewiß Fälle — das ist schon vor 30 und 40 Jahren statistisch nachgewiesen worden —,

Digitized by Google

wo die Niere bei eklamptischen Frauen ungeschädigt ist (ca. 10%), wo vorher kein Eiweiß im Urin ist, wo die Nierenfunktion anscheinend normal verläuft und plötzlich eklamptische Krämpfe, besonders gegen Ende der Geburt, auftreten und die Störung der Nierenfunktion, wenn sie überhaupt erfolgt, erst sekundär sich einstellt. Aber die große Mehrzahl der Eklampsien zeigt renale Funktionsstörungen, und darunter sind mehr als die Hälfte, wo die Eklampsie anscheinend aus der Störung der Nierenfunktion sich entwickelt! Zunächst Schwangerschaftsniere, allmählich treten Ödeme auf und dann meist schon während der Schwangerschaft eklamptische Anfälle. Im Verein damit geht sukzessives Heruntergehen der Urinmenge, während sich gleichzeitig die Ödeme mehrten und mit den ersten Auraerscheinungen verbanden. Hier besteht unzweifelhaft ein gewisser ätiologischer Zusammenhang. Das muß von Herrn Zinsser noch erklärt werden, wenn er eine andere Theorie aufstellen will.

Auch an der prognostischen Bedeutung des Steigens der abgesonderten Urinmenge bei und nach Eklampsie hält B. auf Grund von vielen Hunderten von Eklampsiefällen fest. Wenn reichlich Urin abgesondert wird, geht es meist gut. Das ist übrigens auch aus den demonstrierten Kurven zu ersehen, wenn man nicht die einzelnen Stundenmengen nimmt, sondern die Tagesmengen zusammenfaßt. Ausnahmen gibt es in der Eklampsie wie überall; aber wir müssen uns für unsere Prognose an das Große, an das Gewöhnliche halten. Wenn eine Frau, die eklamptische Anfälle hat, nach der Entbindung mit einem Male anfängt, recht viel Urin zu entleeren, weiß B., es wird besser gehen; wenn Urin nicht kommt, geht es meist schlechter. Das sind klinische Tatsachen, die in so vielen Fällen zu beobachten sind, daß man sie nicht ohne weiteres beiseite schieben darf.

Herr Nagel: Ich habe den Eindruck bekommen, als ob die Schädigung der Niere nur nach dem Vorhandensein von Albumen beurteilt worden ist und möchte doch fragen, wie es sich mit dem Gehalt an morphologischen Bestandteilen, vor allem an Zylindern, verhält in den beobachteten Fällen. Denn ich erinnere mich aus meiner Charitézeit an Fälle, in denen kein Eiweiß nachgewiesen wurde, dagegen Zylinder vorhanden waren, so daß man auch in solchen Fällen eine Schädigung der Niere annehmen muß, wenn der morphologische Befund nicht berücksichtigt wird, können auch leicht Nierenschädigungen übersehen werden.

Herr Liepmann glaubt von Herrn Geh.-Rat Bumm mißverstanden zu sein: Elkampsienephritis verhält sich zur Eklampsie wie Scharlachnephritis zum Scharlach. Klinisch ist die Nierenerkrankung wichtig, ätiologisch ist sie eine sekundäre Folge der Placentargifte, die L. noch immer als Ursache der Eklampsie ansieht.

Herr Bumm hält die Placentargifttheorie für nicht erwiesen.

Herr Liepmann stellt die Forderung, seine Versuche an ebenso großen Reihen nachzuprüfen. Nicht wie Dreyfus an sechs Fällen, die einzige bisher seit 1905 vorgenommene, nichtssagende Nachprüfung.

Herr Zinsser: Daß die Nierenschädigung in dem ganzen Bilde der Eklampsie eine hervorragende Stelle einnimmt, das will ich nicht bestreiten. Wenn ich nicht dieser Ansicht wäre, dann würde ich mich nicht so intensiv mit der Niere beschäftigt haben und noch beschäftigen. Wenn wir aber einerseits sehen, daß Eklampsien auftreten, ohne daß Nierenschädigungen bestehen, und andererseits daß es erst nach Ausbruch einer Eklampsie zu schweren Nierenschädigungen kommt, und daß schließlich schwere Nierenstörungen noch weiter bestehen, nachdem die Eklampsie aufgehört hat, so liegt es doch auf der Hand, daß man sagen muß: Die Eklampsie ist nicht durch die Nierenschädigung hervor-

Digitized by Google

gerufen. Vielmehr gehört die Nierenschädigung zu dem großen Symptomenkomplex, dessen Gesamtheit wir als Schwangerschaftstoxikose bezeichnen, und der schließlich zur Eklampsie führen kann. Wenn uns das Auftreten einer Nephrose oft eine Eklampsie gewissermaßen annonciert, so spricht auch das noch lange nicht für einen ätiologischen Zusammenhang, die Eklampsie tritt eben nicht mit einem Schlage ein, sondern sie entsteht aus einer Summation von Schädigungen, die sich in den Monaten der Gravidität angehäuft haben. Diese Schädigungen machen nicht nur Eklampsie, sondern machen auch eine Reihe von anderen Symptomen, als deren charakteristischstes wir oft die Nierenstörung sehen. Dem widerspricht auch nicht, daß wir einer Eklampsie vorbeugen zu können glauben, wenn wir in graviditate die Nephrose behandeln. Unsere Therapie richtet sich dabei nicht nur gegen die Nierenstörung, sondern gegen den gesamten Intoxikationszustand. Ist aber einmal eine Eklampsie zum Ausbruch gekommen, dann können wir sie von der Niere aus nicht heilen.

Herr Bumm: Daß man die Eklampsie von der Niere aus nicht heilen kann, weiß ich schon lange. Ich habe früher auch die Niere bloßgelegt, herausgenommen, die Kapsel gespalten; diese Fälle sind gerade so schlecht verlaufen wie die anderen. Das unbekannte supponierte Gift, oder sagen wir die Krankheitsursache der Eklampsie, greift sehr oft auch die Nieren an und ruft in den Nieren Schädigungen hervor, die, soweit man klinisch sehen kann, in einem gewissen Verhältnis zu dem Ausbruch und der Schwere der Erkrankungen stehen. Und die Heilung der Niere deutet gleichzeitig wiederum eine Besserung des allgemeinen Krankheitsbildes an. Ausnahmen kommen vor, die renalen Funktionsstörungen können sekundär durch die gleiche Ursache ausgelöst werden, welche auch die Krämpfe bewirkt und die wir nicht kennen. Wenn es sich um ein Gift handelt, so hat es nicht immer dieselbe Zusammensetzung, denn die Wirkungen auf Niere und Leber sind verschieden, in einem Fall ist schweres Koma vorhanden, im anderen stehen die Krampfanfälle im Vordergrund usw.

Herr Zinsser: Das habe ich nicht bestritten, und ich sage ja auch, daß das für eine große Reihe von Fällen zutrifft. Aber wir haben uns bisher bei der Eklampsie damit begnügt, anzunehmen: wenn die Diurese steigt, heilt die Eklampsie, wenn dies nicht der Fall ist, heilt sie nicht. Diese Annahme hat zu dem Trugschluß ursprünglich geführt, daß Nierenschädigung und Eklampsie in einem ätiologischen Zusammenhang stehen. Erst die genauere Beschäftigung mit der Niere hat uns an der Hand der Ausnahmefälle gezeigt, daß das nicht der Fall ist. Ich kann als weiteren Beweis hierfür noch Untersuchungen von Dr. Eckelt anführen, aus denen hervorgeht, daß die Störungen der molekularen Diurese oft noch tagelang nach dem Aufhören der Krämpfe anhalten, und daß sie ihren Höhepunkt zuweilen erst erreichen, wenn die Eklampsie als solche längst abgelaufen ist.

Es gibt natürlich auch Eklampsiefälle ohne Zylinder, wie es auch Fälle ohne Eiweiß gibt.

---

2) Verhandlungen der amerikanischen Gesellschaft von Geburtshelfern und Gynäkologen. XXV. Jahresversammlung zu Toledo (Ohio), 17.—19. September 1912. (Amer. journ. of obst. and diss. of wom. and children 1912. Dez. 1913. Jan., Febr.)

Die Vorträge von J. N. Bell und A. B. Davis über Sectio caesarea, von A. B. Davis und Ch. E. Ziegler über akute Magendilatation (nach Sectio caesarea), H. Schwarz über Mechanismus und Behandlung der Placenta

Digitized by Google

praevia, Lott über Stieldrehung bei Wandermilz, Findley über puerperale Thrombophlebitis, Bandler über das bisher jüngste tubare Ei, Carstens über eine Extrauteringravidität vortäuschende Schwangerschaft und Blume über Folgen der Geburtsverletzungen am Beckenboden sind bereits unter den Originalartikeln der Zeitschrift (Dez. 1912) referiert. (Ref.)

1) K. J. Sanes (Pittsburg, Pa.). Septische Thrombophlebitis der Beckenvenen. Ausführliche Arbeit. Verf. macht einen scharfen Unterschied zwischen Thrombose und Gerinnung. Bei Anerkennung mechanischer Momente in der Ätiologie der Thrombose hält er doch die Mehrzahl der puerperalen Thrombosen für infektiöser Natur, meist durch Streptokokken hervorgerufen. Allerdings kann die Infektion der Thromben auch eine sekundäre sein. Endlich können durch Übergreifen der Entzündungserreger von den Lymphbahnen auf benachbarte Venen Thrombophlebitiden entstehen. Auch für die postoperative Thrombophlebitis wird neben Infektion mechanischen Momenten große Bedeutung zuerkannt. Die Prodromalsymptome von Mahler und Michaelis sind ganz inkonstant. Die Symptome, die Verf. beschreibt, sind die der Pyämie. Prognose schlecht. Verf. berechnet aus 765 Fällen der Literatur eine Mortalität von 51,6%, aus 122 operierten Fällen 52,4%. In der Prophylaxe kommt der Vermeidung langer Narkosen, Beckenhochlagerung, Bettruhe und vor allem der Infektion größte Bedeutung zu. — Die empfohlene konservative Therapie ist die übliche, operativ wird der intraperitoneale Weg, bei akuten Fällen mit der gleichzeitigen Panhystreektomie empfohlen. Bei der hohen Mortalität (43%, nach Williams 52,4%) kann man die Operation kaum empfehlen. Bei sicherer Diagnose, gutem Allgemeinbefinden oder als letzten Rettungsversuch hält Verf. trotzdem die Operation für berechtigt. Über weitere Details muß das Original eingesehen werden.

Diskussion: Huggins.

2) Francis Reder (St. Louis, Missouri). Vollständiges Fehlen von Milch bei Primiparen. R. erzielte in 2 Fällen nicht einmal Kolostrum, in einem Fall nur bis zum 5. Tag etwas Kolostrum, trotzdem die Brüste scheinbar sehr gut entwickelt waren. In allen Fällen wird die psychische Erregung unter der Geburt als Ursache angeschuldigt, daneben Mangel oder ungenügende Bildung der milchauslösenden Hormone diskutiert. (Die Mitteilung ist jedenfalls nicht geeignet, die gegenteilige Überzeugung aller Sachverständigen, daß es solch absoluten Milchmangel nicht gibt, zu erschüttern. — Ref.!)

Diskussion: Pantzer.

3) E. A. Weiss (Pittsburg, Pa.). Einige moralische und ethische Ansichten über den Abort. Verf. wendet sich energisch gegen die ständig zunehmende Zahl von Graviditätsunterbrechungen, die sowohl von Ärzten viel zu leicht genommen würden, wie auch die Zahl der kriminellen Aborte durch Laien immer mehr steigt. Schließlich werden sogar die Vorschriften der Religion ins Treffen geführt.

Diskussion. Skeel wendet sich gegen die Hereinziehung der Theologie. — Ill, Carstens, Porter, Bell, Bonifield, Smead, Dickinson, Tate, Hall wenden sich zum Teil ebenfalls gegen die Übertreibungen des Vortr.

4) J. E. Sadlier (Poughkapsie, N. Y.). Einige Komplikationen der Uterusmyome, die eine frühzeitige Diagnose und sofortige Operation erfordern. Verf. findet, daß die große Häufigkeit von Komplikationen (68% nach Noble unter 2274 Fällen) bei Myomen viel zu wenig gewürdigt wird und teilt 5 Fälle mit, bei denen nur durch sofortige Operation die Rettung gelang.

Digitized by Google

1) Intraperitoneale schwere Blutung aus einer Arterie auf der Kuppe eines subserösen Myoms. 2) Inkarzeration des graviden Uterus durch ein subseröses Myom der Vorderwand. 3) Sepsis durch ein kindskopfgroßes, stielgedrehtes, submuköses Myom. 4) Vereitertes Myom der Hinterwand. 5) Beginnende Peritonitis durch Nekrose eines subserösen Myoms. — In allen Fällen glatte Heilung.

5) Rufus B. Hall (Cincinnati, Ohio). Einige Gründe, die die Frühoperation bei Uterusmyom ratsam erscheinen lassen. Solche sind 1) die Möglichkeit sekundärer Veränderungen in dem Tumor (Krebs), 2) Herzsymptome, 3) Pyosalpinx und Ovarialabszeß, 4) Ovarialhämatom mit Infektion des Inhalts, 5) Torsion des Uterus. Die Häufigkeit der malignen Degeneration wird auf Grund von 5000 Fällen mit 3—8%, der Herzstörungen mit 20%, Pyolaspinx und Ovarialabszeß auf 15% angegeben. Schließlich sind auch noch Nekrosen Vereiterung, Verkalkung, cystische Degeneration, Druck auf die Ureteren mit sekundären Nierenveränderungen bei intraligamentärer Entwicklung zu berücksichtigen. Aus allen diesen Gründen empfiehlt H. in jedem Fall baldige Operation.

Diskussion zu 4) und 5): Hayd zustimmend zu 4). — Ill wendet sich gegen das prophylaktische Operieren von Hall, da dazu die Mortalität der Operation selbst zu groß sei.

6) Roland E. Skeel (Cleveland, Ohio). Die Wahl des Anästhetikums für Laparotomien und Operationen im Becken. Ausführliche Besprechung des Themas auf Grund von 1120 sorgfältig beobachteten Anästhesien (731 Laparotomien, darunter 582 Äthernarkosen. 128 Stickoxydulsauerstoffnarkosen, 2 Chloroformnarkosen und 19 Lokalanästhesien). — Lokalanästhesie eignet sich wohl für Operationen an den Bauchdecken, sobald aber im Peritonealraum selbst gearbeitet wird, muß Narkose angewendet werden. Der Äther wird als Narkotikum der Wahl bei allen Bauchoperationen empfohlen; es werden die bekannten Kontraindikationen gegen Chloroform und Äther besprochen. Bei Lungenprozessen will S. die Stickoxydulsauerstoffnarkose empfehlen, die aber durchaus nicht ungefährlich ist und daher nur von erfahrenen Narkotiseuren angewendet werden darf. Für Laparotomien hält Verf. im allgemeinen diese Narkose für ungeeignet, da oft viel Zeit mit dem Warten auf genügende Entspannung verloren geht. Bei vaginalen Operationen ist sie sehr gut brauchbar. Am meisten empfiehlt S. eine Einleitung der Narkose mit Lachgas und eine Fortführung mit Äther.

Diskussion: Mc. Kesson, Humiston, Bainbridge, Dickinson.

7) B. S. Schultze (Jena). Diagnose und operative Behandlung von Genitalleiden bei geisteskranken Frauen. Bei Frauen mit Genitalleiden und gleichzeitigen nervösen Störungen beobachtet man manchmal mit Beseitigung des Genitalleidens auch einen Rückgang der nervösen Beschwerden, einschließlich leichter Psychosen. Ebenso ist anzunehmen, daß bei den Insassen von Irrenanstalten manchmal durch Behandlung und Beseitigung eines Genitalleidens eine Psychose gebessert oder selbst geheilt werden könnte. Deshalb hat S. schon 1880 gynäkologische Untersuchung bei jeder Geisteskranken verlangt, eine Forderung, die von Schauta 1891 unterstützt, aber nie in praxi umgesetzt wurde. Die ersten systematischen Untersuchungen stammen von G. H. Rohe, der bei 35 geisteskranken Frauen 25mal Erkrankungen der Tuben und Ovarien, außerdem Cervix- und Dammrisse fand. Bei nur 4 war die gynäkologische Behandlung ohne Erfolg für die Psyche, 4 wurden vollkommen geheilt, bei den übrigen trat deutliche Besserung des Geisteszustandes auf. — Ähnliche Angaben stammen von A. T. Hobbs. Von 1000 Frauen wurden 253 wegen gynäkologischer Leiden operiert,

Digitized by Google

und bei 100 ein vollständiger Rückgang der Psychose, bei den meisten übrigen deutliche Bessserung erzielt. Es werden dann noch die neuen Beobachtungen von Bossi, Schukkart erwähnt. Natürlich darf man nicht verallgemeinern. Denn unter den vielen geisteskranken Frauen, die gleichzeitig Genitalleiden aufweisen, wird immer nur bei einem gewissen Prozentsatz ein ätiologischer Zusammenhang zwischen Geisteskrankheit und Genitalerkrankung bestehen, und nur diese wenigen können geheilt werden. Da aber über den Zusammenhang erst der Erfolg oder Mißerfolg der Operation Aufschluß geben kann, soll jede genitalkranke Geisteskranke operiert werden, unter sorgfältiger Beobachtung seitens des Psychiaters. Im übrigen bringt S. seine bekannten Vorschläge zur Durchführung dieser Forderung.

8) Wm. H. Humiston (Cleveland, Ohio). Konservative Operationen an den Ovarien; einschließlich eines Berichtes über 112 Fälle. Auf Grund 10jähriger Erfahrung tritt H. dafür ein, bei jeder Operation an den Adnexen möglichst Ovarialreste zu erhalten, wenn der Verdacht auf maligne Erkrankung oder frische gonorrhoische Infektion ausgeschlossen werden kann. Bei kleincystischer Degeneration, die zu Schmerz und nervösen Symptomen Veranlassung gibt, sollen die kleinen Cysten exstirpiert, der Rest des Ovarialgewebes soll erhalten werden. Bei eitrigen Adnexerkrankungen ist der erwähnte konservative Standpunkt schwerer durchzuführen, doch zeigt er in einer kurzen Zusammenstellung von 112 eigenen Fällen die Möglichkeit der Durchführung (Mortalität 0). An 19 ausführlicher mitgeteilten Fällen wird nachgewiesen, daß nach diesen konservativen Operationen die Funktion sehr gut erhalten bleibt und Gravidität eintritt.

Diskussion: Albert Goldspohn, Sanes, Reder

9) Edward J. Ill (Newark, N. Y.). Weitere Erfahrungen mit der ventralen Fixation nach Gilliam. I. empfiehlt eine Modifikation. Er zieht die Ligamenta rotunda, die etwa 3 cm vom Uterus entfernt gefaßt werden, durch Peritoneum, hintere Rectusscheide und Muskel durch und fixiert sie an der hinteren Fläche der vorderen Rectusscheide. Unter 783 Fällen mit 3 Todesfällen kamen 7 Rezidive vor: Nach diesen Erfolgen hält Verf. dafür, daß die Gilliam'sche Operation, besonders in dieser Modifikation, alle anderen Verfahren überholt hat.

10) S. H. Buteau (Oakland, Kalif.). Ein neues chirurgisches Verfahren bei Rückwärtslagerung der Gebärmutter. Verf. ist der Ansicht, daß Erschlaffung der Ligamente und der in ihnen enthaltenen Muskelfasern für die Lageveränderungen des Uterus verantwortlich zu machen seien, wie auch, daß bei entsprechender Stützung und Schonung wieder eine Regeneration dieser Muskelfasern eintreten könne. Das von ihm angewendete Verfahren ist folgendes: Das Ligamentum rotundum wird zunächst am inneren Leistenring durch eine Muskel und Fascie mitfassende Naht verankert, dann derselbe Faden subperitoneal entlang dem Ligamentum rotundum bis nahe an den Uterus weitergeführt; von hier geht derselbe weiter durch das hintere Blatt des Ligamentum latum und dann subserös in die hintere Uteruswand bis zur Mittellinie und gleichzeitig nach abwärts bis etwa zur Mitte des Korpus. Dasselbe geschieht auf der anderen Seite. Dann werden die Fadenenden geknüpft, wobei der Zug so lange ausgeübt wird, bis der Uterus in Anteflexion ist. — Die Erfolge bei 16 Fällen waren sehr gute.

Diskussion zu 9) und 10): Goldspohn, Hall, Carstens, Hayd, Skeel, Reder, Longyear, King, Vander Veer.

11) E. W. Hedges (Plainfield, N.Y.). Einige diagnostische Schwierigkeiten in der Bauchchirurgie. Differentialdiagnostische Überlegungen, die

Digitized by Google

sich vor allem gegen die Überschätzung der Schmerzlokalisation wenden und besonders die oft schwierige Abgrenzung der Appendicitis gegenüber Pyelitis, Cholecystitis, Ulcus ventriculi, selbst Pneumonie und Pleuritis betreffen. Im allgemeinen nichts Neues.

Diskussion: Carstens, Darnall, Bainbridge, Pantzer, Porter, Reder.

12) Hugo O. Pantzer (Indianopolis, Ind.). In welcher Weise wirkt die Laparotomie heilend auf die tuberkulöse Peritonitis? Seit Koenig's Empfehlung ist die Laparotomie als heilender Eingriff bei tuberkulöser Peritonitis wohl allgemein anerkannt. Über die Art ihrer Wirkung besteht aber keine Klarheit. Den verschiedenen Ansichten, daß das Eindringen von Luft, Sonnenlicht, die Manipulation an den Därmen und ähnliches diese Heilwirkung ausübe, tritt Verf. entgegen. Seiner Meinung nach ist es wahrscheinlich, den Heileffekt der Laparotomie mit der aktiven Absorption von durch die Erkrankung selbst erzeugtem Exsudat, das als autogenes Tuberkulin mit oder ohne Antikörper zu betrachten sei, in Zusammenhang zu bringen. Die nach der Operation gewöhnlich auftretenden Temperatursteigerungen, der ganze Adspekt des Kranken in den ersten Tagen, werden von P. im Sinne einer starken Tuberkulinreaktion gedeutet. Demgemäß empfiehlt er auch die Verwendung von tuberkulösem Ascites als eines autogenen Tuberkulins bei allen Organtuberkulosen. Ein Fall wird zur Illustration des Gesagten ausführlich mitgeteilt.

13) Herman E. Hayd (Buffalo, N. Y.). Ureterverletzungen. Verf. bespricht zunächst allgemein die verschiedenen Möglichkeiten von Ureterverletzungen und im Anschluß an die neuen experimentellen Arbeiten über Ureterunterbindung und Ureterimplantation von Kawasoye und Burs die Therapie. Da viele Ureterfisteln sich noch spontan schließen, soll man jedenfalls einige Monate warten. Bei Schwierigkeiten der Implantation empfiehlt sich dann die Nephrektomie. Diese hat Verf. auch in einem Falle vorgenommen, in dem bei einer vaginalen Totalexstirpation mit der Klemmethode der linke Ureter mit abgequetscht wurde.

Diskussion: Goldspohn, Noble, Frank, Brown, Hall, Longyear, Carstens, Furniss, Baldwin, Werder, Van der Veer teilen in der lebhaften Debatte ihre Erfahrungen über Ureterverletzungen und deren Behandlung mit.

14) Arthur Thoms Jones (Providence, Rhode Island). Metrorrhagie infolge von Atherosklerose der Uterusgefäße. Die Veränderung kommt nicht allein in der Nähe des oder im Klimakterium, sondern auch bei jüngeren Frauen vor. Die Gefäße zeigen verdickte Adventitia infolge Hyperplasie des Bindegewebes, verdünnte, teilweise durch Bindegewebe ersetzte Media und eine unveränderte Intima; echte Atherosklerose ist selten. (Die geschilderten Veränderungen entsprechen vielmehr der Graviditätssklerose [Pankon] und sollten nicht unter der irreführenden Bezeichnung des Titels beschrieben werden. — Ref.!) Am Uterusparenchym findet sich auch teilweiser Ersatz der Muskulatur durch Bindegewebe, ähnlich der von Theilhaber beschriebenen Insufficientia uteri. Daß auch die oben genannten Gefäßveränderungen zu Blutungen disponieren, hält Verf. für sicher. In der Therapie wird nach erfolgloser Abrasio die Totalexstirpation empfohlen.

Diskussion: Reed, Humiston, Porter.

15) John Wilson Poucher (Poughkeepsie, N. Y.). Ein großes verkalktes Fibrom bei Fehlen der Ovarien und Uterusligamente. 65-jährige Frau mit Dementia senilis. Es handelte sich um einen großen (12 : 10 :

Digitized by Google

20 cm), von der rechten Uteruskante ausgehenden Tumor. Auf dem Schnitt bestand derselbe aus einer fibrösen, stark injizierten Kapsel, die einen teils verkalkten, teils fibrösen Kern umschloß. An der breiten Stielverbindung mit dem Uterus fanden sich kleine gelatinöse Cysten. Die Tuben waren verdickt und mit Blut erfüllt. Das Interessanteste an dem Falle ist aber das vollständige Fehlen beider Ovarien und der Ligamenta lata. Verf. scheint geneigt, die Entwicklungsstörung mit der Geisteskrankheit in einen gewissen Zusammenhang zu bringen, da er relativ oft bei Geisteskranken Entwicklungsstörungen der verschiedensten Art gefunden hat.

16) H. Wellington Yates und Plinn F. Morse (Detroit, Mich.). Ein Fall von Uterus septus mit Hyperemesis gravidarum; Unterbrechung der Schwangerschaft im 4. Monat, gefolgt von Peritonitis; Heilung. Nach einer allgemeinen Übersicht über die Doppelbildungen des Uterus und namentlich über die bei Gravidität auftretenden Störungen wird ein Fall von Uterus septus mit doppelter Vagina beschrieben. Wegen unstillbaren Erbrechens im 4. Graviditätsmonat Abort; am folgenden Tage bereits Symptome einer Peritonitis. Durch hintere Kolpotomie wird über 1 Liter dunkler, übelriechender Flüssigkeit entleert. Heilung. Nach Ansicht der Verff. handelte es sich bei der Peritonitis um eine Infektion, die von einer Pyometra der zweiten atretischen Uterushälfte ausging.

Allgemeines über Karzinom und Uteruskarzinom.

3) **G. Klemperer** (Berlin). **Der jetzige Stand der Krebsforschung.** 74 S. Mk. 2,—. Berlin, Hirschwald, 1912.

Das vorliegende Referat, das auf der Generalversammlung des Deutschen Zentralkomitees für Krebsforschung 1912 erstattet wurde, berücksichtigt und bespricht die überaus zahlreichen Bemühungen zur Förderung und Lösung der Karzinomfrage der letzten 5 Jahre.

Die Morphologie und Histogenese der Krebse — diese mehr oder weniger geklärte Seite des gewaltigen Problems — findet hier keine Besprechung.

Die Ursache der bösartigen Tumoren ist noch immer in Dunkel gehüllt. Doch neigt die neueste Forschung in diesen Fragen wieder mehr der Auffassung des Vorhandenseins bisher unbekannter, wohl avisibler, belebter Erreger der malignen Geschwülste zu.

Die große Bedeutung des Tierversuches wird eingehend gewürdigt. Hier ist die Krebsforschung bisher am weitesten und erfolgreichsten vorgedrungen. Doch auch auf diesem Gebiete finden sich viele ungeklärte, sich widersprechende Versuche und Erscheinungen, und keine einheitliche Auffassung. Wobei sich immer wieder zeigt, daß zwischen Tier und Mensch auch auf dem Gebiete der Pathologie der malignen Tumoren große Divergenzen sich geltend machen.

Am wenigsten einheitliche Auffassung ist auf dem Gebiete der Serologie und der experimentellen Immunitätsforschung der Tumoren vorhanden: Die Ehrlich'sche Theorie der atreptischen Immunität, die Frage nach einer aktiven Abwehrkraft der Organismen gegenüber bösartigen Geschwülsten, nach erworbener Immunität, nach Überempfindlichkeit u. a. sind alle noch durchaus unzureichend geklärt. Ebenso sind die Untersuchungen über den Chemismus der Geschwülste, über die diagnostischen, physikalisch-chemischen Reaktionen und über die Heilversuche an Menschen und Geschwulsttieren noch nicht über das Stadium der unsicheren, tastenden Versuche hinaus.

Digitized by Google

Vorläufig liegt die Genesungschance immer noch ausschließlich in der Hand des Chirurgen.

Neben der Resignation, die durch die Zeilen hindurchklingt, und die immer noch nicht die Zeit der Ernte für die gewaltige angewandte Arbeit erblickt, glaubt Verf. doch, »daß der modernen Krebsforschung, der im Tierexperiment schon so Großes geglückt ist, auch die Erreichung ihrer höchsten Ziele vergönnt sein möge.« B. Ottow (Dorpat).

4) **R. Werner (Heidelberg). Die nichtoperativen Behandlungsmethoden der bösartigen Neubildungen.** (Berl. klin. Wochenschr. 1913. Nr. 10.)

Verf. gibt eine vortreffliche Übersicht über den derzeitigen Stand der Frage. Besonders eingehend wird die Kombination der Röntgenbestrahlung mit der Behandlung mittels radioaktiver Substanzen, eventuell unter Heranziehen chemischer Mittel besprochen. Unter letzteren wird dem borsauren Salz des Cholins der Vorzug gegeben. Daß eine derartige Radiochemotherapie auch bei ganz desolaten Fällen noch Nutzen stiften kann, lehren die Erfahrungen des Heidelberger Samariterhauses. Unter 171 primär inoperablen oder rezidivierten malignen Tumoren wurden immerhin 12% wesentlich gebessert, bei 16% wurde noch eine beträchtliche Rückbildung der Geschwulst beobachtet. Vor unzweckmäßigen Kombinationen der Radiotherapie mit mehreren chemischen Agenzien (z. B. Cholin und Arsen) ist zu warnen. Solange indes keine suffiziente Einzelmethode besteht, ist die richtige Kombination mehrerer Verfahren, insbesondere der radiochemo- und immunotherapeutischen, gelegentlich unterstützt durch eine vorsichtige Toxin- oder Fermentbehandlung, jeder einheitlichen oder einseitigen Therapie vorzuziehen. Operable Fälle dürfen nur mit diesem Verfahren behandelt werden, wenn die Operation abgelehnt wird. H. Fuchs (Danzig).

5) **Carl Lewin (Berlin). Die Wirkung von Schwermetallen auf die bösartigen Tiergeschwülste.** (Berliner klin. Wochenschr. 1913. Nr. 12.)

Die von Heubner entdeckten, kapillarvergiftenden Eigenschaften der Goldsalze veranlaßten den Verf. kolloidales Gold (Goldsol) und Aurum-Calium cyanatum zur Behandlung von bösartigen Tiergeschwülsten zu verwenden. Schon nach zwei intravenösen Injektionen kommt es zu umfangreichen Blutungen in das Tumorgewebe und zur Bildung von blutig gefärbten Zerfallsprodukten. Die Veränderungen faßt Verf. nicht als die Folge einer Affinität der Goldsalze zu den Zellen, sondern zu den feinsten Blutgefäßen in der Geschwulst auf. Die Frage, warum gerade in Tumoren die kapillarvergiftende Eigenschaft der Goldverbindungen sich äußert, wird dahin beantwortet, daß die in der Geschwulst vorhandenen Kapillaren die jüngsten, am wenigsten widerstandsfähigen sind. Ferner scheinen die abgekapselten Mäusetumoren, an denen Verf. experimentierte, eben wegen ihrer Abgrenzung sehr leicht Ernährungsstörungen zu unterliegen.

H. Fuchs (Danzig).

6) **Carl Lewin (Berlin). Die Behandlung von Krebskranken mit Vaccination.** (Therapie der Gegenwart 1913. p. 253. Juni.)

Nach kurzer einleitender Übersicht über die Immunotherapie der Karzinomkranken, die auf v. Leyden und Blumenthal zurückgeführt werden müsse, hält L. die dringende Mahnung für gerechtfertigt, die Behandlung von Karzinomkranken in geeigneten Fällen mit Autolysaten durchzuführen — sei es in nicht mehr operabelen Fällen oder zur Unterstützung nach der Operation. Beschreibung zweier, durch solche Vaccination mit günstigem Erfolg behandelter Pat., namentlich eines Falles, wo die subkutane Injektion von 10 ccm des karzinomatösen Ascites, alle 2 Tage wiederholt, verblüffend günstig gewirkt habe. L.

Digitized by Google

empfiehlt diese Therapie auch in Verbindung mit lokaler Mesothoriumbehandlung. (Die beste Wirkung werde mit dem Autolysat desselben Tumors erzielt.)

Hesse (Greifswald).

7) **H. G. Boldt** (Neuyork). **Wie können wir die Mortalität an Uteruskrebs herabsetzen?** (Journal Am. med. ass. 1913, Nr. 13. p. 968.)

Die bekannten Initialsymptome des Collumkrebses werden eingehend besprochen, und die Bedeutung histologischer Untersuchung suspekter Erosionen wird hervorgehoben. Von Belehrungen des Publikums in der Tagespresse kann sich B. nichts Gutes versprechen, er fürchtet vielmehr, daß dadurch Krebsneurasthenie groß gezüchtet wird. Nach seiner Ansicht erfolgt die Belehrung und Aufklärung richtiger mündlich durch den Arzt, der sich vor allem peinlichste und gründlichste Untersuchung zur Pflicht machen soll. Wichtiger als ein Karzinom zu diagnostizieren ist die absolute Sicherheit, Karzinom ausschließen zu können.

Operativ ist B. Anhänger der abdominellen Operation, vaginal soll nur operiert werden: bei fetten Bauchdecken, Korpuskarzinom und ganz beginnendem Portiokarzinom.

Die guten Erfolge mit Röntgenstrahlen, durch die inoperable Fälle zu operablen wurden, sollten uns logischerweise veranlassen, die Bestrahlungstherapie fortzusetzen und weiter auszubilden. Schottelius (Hamburg).

8) **R. M. Ravols** (Neuyork). **Karzinom des Uterus.** (Medical record 1913. Nr. 20. p. 892.)

Nach einem kurzen Überblick über die Ergebnisse der internationalen Krebsstatistik werden die verschiedenen diagnostischen Hilfsmittel, chemische und biochemische Reaktionen und der bekannte Symptomkomplex des Cervixkarzinoms besprochen.

Nichtoperative Therapie (Bestrahlung, Fulguration, Hochfrequenzströme, sowie Injektion biochemisch wirkender Substanzen) ist nur bei inoperablen Fällen oder nach Operationen zur Verhütung von Rezidiven zulässig; in operablen Fällen wird nach Wertheim oder Schauta so radikal wie möglich vorgegangen. Der Prozentsatz operabler Fälle ist in den Ver. Staaten wesentlich kleiner als in Europa (Brettauer unter 15 000 gynäkolog. Fällen 26 inoperable und nur 19 operable, desgl. Polak unter 4000 Aufnahmen nicht ein operables Uteruskarzinom, Rawes bei 1831 Pat. 46 Karzinome, von denen nur 23 operabel waren). Von der Durchführung der Winter'schen Bestrebungen ist auch in Amerika eine Besserung der Operabilitätsziffer zu erhoffen. Schottelius (Hamburg).

Myom.

9) **J. A. Sampson** (Albany). **Der Einfluß der Myome auf die Blutversorgung des Uterus und die Beziehungen zu abnormen Uterusblutungen.** (Surgery, gynecology and obstet. Vol. XVI. Nr. 2.)

Die sehr ausführliche, durch zahlreiche, gute Abbildungen von Präparaten belegte Arbeit ist eine Fortsetzung und Erweiterung der Untersuchungen des Verf.s über »Die Blutversorgung der Uterusmyome« (Surg. gyn. and obstet. 1912. Nr. 3, ref. dieses Zentralbl. 1912. p. 1065). Durch Injektion der Arterien und Venen ließ sich zeigen, daß sowohl normale als pathologische Periodenblutungen ausschließlich venöser Natur sind, d. h. aus den Venenplexus des Endometriums stammen, die durch irgend eine Veränderung den Durchtritt des Blutes erlauben. Die Dauer und Stärke der Blutung ist abhängig von dem Grade der Veränderung des Endometriums, seiner Regenerationsfähigkeit, der Größe der venösen Blut-

Digitized by Google

überfüllung des Uterus und besonders der Muskeltüchtigkeit der Gebärmutter, deren Aufgabe die Regulation der venösen Zirkulation und somit die Blutstillung ist. Kleine subseröse Myome sind relativ anämisch und haben daher keinen wesentlichen Einfluß auf die Blutversorgung des Uterus und die menstruellen Blutungen. Große subseröse Myome dagegen sind sehr reich an Arterien, müssen also auch eine Hypertrophie der zuführenden Arteria uterina und der abführenden Venen zur Folge haben. Da aber diese Änderungen der Blutversorgung sich vorwiegend in der peripheren Zone der Uteruswand abspielen, werden die Venenplexus der inneren Zone und damit des Endometriums kaum beeinflußt, und folglich die Periodenblutungen gewöhnlich nicht verstärkt. Kleine intramurale Myome sind gefäßarm. Daher haben sie meist keinen Einfluß auf die Blutversorgung des Uterus und den Grad der Menstruationsblutung. Wo sie doch Blutungen veranlassen, müssen wir annehmen, daß sie irgendwie die Tüchtigkeit der Uterusmuskulatur zur Kontraktion und damit zur Blutstillung beeinträchtigen. Größere intramurale Myome sind dagegen außerordentlich reichlich mit Arterien versorgt, müssen also die arterielle Blutzufuhr zum Uterus bedeutend erhöhen, wodurch weiterhin eine beträchtliche Erweiterung und Vermehrung der Venenplexus in der ganzen Uteruswand bedingt wird. Zur Regulation dieser reichlicheren Blutfülle des Organs muß die Uterusmuskulatur hypertrophieren. Wenn diese Hypertrophie ausreicht, d. h. wenn sie den jetzt erhöhten Anforderungen der menstruellen Blutstillung genügt, braucht es nicht zu verstärkter Blutung zu kommen.

Oft reicht sie jedoch für die bedeutend erhöhte Kongestion nicht aus, so daß es zu Menorrhagien kommt, die außerdem noch dadurch gesteigert werden, daß das Endometrium durch die veränderten Zirkulationsverhältnisse hypertrophiert und in seiner Regenerationsfähigkeit gestört ist. Wenn ein intramurales Myom irgendwo das Endometrium erreicht, so kommt es durch Druck und Störung der zuführenden Gefäße zu Anämie und Atrophie der betroffenen und oft auch der direkt gegenüberliegenden Partie des Endometriums, während die übrigen Teile der Schleimhaut hypertrophisch sind. Blutungen stammen auch in diesen Fällen fast stets nur aus den hypertrophischen Partien, nur ausnahmsweise aus arrodierten Venen der atrophischen Schleimhaut an der Tumoroberfläche. Sie sind also auch hier Folge der allgemeinen venösen Hyperämie und werden ferner durch die oft veränderte und komplizierte Gestalt der Uterushöhle vermehrt, die einen Abfluß erschwert. Submuköse Myome sind nur ein vorgeschrittenes Stadium der zuletzt beschriebenen intramuralen. Bei ihnen sind Blutungen von der Oberfläche des Tumors häufiger, doch ist auch hier die gewöhnliche Quelle der Blutung die vom Myom nicht berührte hypertrophische Gebärmutterschleimhaut. Adenomyome sind nicht in genügender Zahl untersucht. Blutungen, die bei ihnen vorkommen, sind zum Teil Folge gleichzeitig vorhandener Kugelmyome. Außerdem können aber die Adenomyome selbst durch Störung der Kontraktionsfähigkeit der Uterusmuskulatur verstärkte Blutungen bedingen. Während die gewöhnlichen Menorrhagien bei Myomen venösen Ursprungs sind, kommen ausnahmsweise durch Gangrän oder sarkomatöse Veränderung Blutungen aus dem Tumor selbst vor, die dann meist arterieller Natur sind.

Robert Stern (Offenbach).

10) **W. P. Healy** (Neuyork). **Fibromyoma uteri.** (New York med. journal 1913. Nr. 18. p. 922.)

Aus den für Allgemeinpraktiker bestimmten Ausführungen sind hier nur einige statistische Angaben von Interesse.

Digitized by Google

Häufigkeit: bei Frauen über 35 Jahre in 14—20% festgestellt (post mortem). Sterilität in 30% vorhanden (Roger Williams). Herzgeräusche sind bei Myom viermal so häufig wie bei nicht myomkranken Pat. Karzinom des Corpus uteri ist unter 1000 Myomfällen zwölfmal, Karzinom der Cervix 16mal beobachtet (Kelly). Wenn ein Myom aus den bekannten Indikationen operiert werden muß, soll, wenn irgend technisch möglich, die Enukleation vorgenommen werden, andernfalls Amputatio uteri mit Exzision der Cervicalschleimhaut, bei Verdacht auf Malignität natürlich Totalexstirpation. Schottelius (Hamburg).

11) **Fleischmann (Wien). Beitrag zur operativen Myombehandlung.** (Wiener klin. Wochenschrift 1913. Nr. 12.)

Verf. berichtet über die Resultate seiner Myomoperationen, die seit 6 Jahren unter einheitlicher Technik und Indikationsstellung vorgenommen wurden. Er berechnet auf 293 Operationen eine Gesamtmortalität von 1,7%, und zwar für die abdominale Totalexstirpation 5,2% (57 : 3); für die supravaginale Amputation 0,73% (136 : 1); für die abdominale konservative Myomoperation 6,2% (16 : 1); für die vaginale Operation 0% (71 : 0). Verf. betont ausdrücklich, daß seine guten Resultate nicht auf einer besonderen Auslese der operierten Fälle beruhen. Die fünf Todesfälle werden einzeln mitgeteilt und epikritisch behandelt. Die Todesursache bestand einmal in Herzschwäche, zweimal in allgemeiner Peritonitis, zweimal in Embolie der Lungenarterie.

Trotz seiner guten Erfolge verhält sich Verf. der Röntgentherapie gegenüber nicht ablehnend. Er will jedes Verfahren willkommen heißen, das die schon niedrige Gefahrenquote der Operation noch mehr herabzusetzen geeignet erscheint. Doch wird man bei der Röntgentherapie noch viel sorgfältiger Komplikationen der Myome berücksichtigen müssen, wie Ovarialtumoren, eitrige Prozesse in den Beckenorganen, Stieldrehung submuköser Myome, Nekrose derselben, sarkomatöse und karzinomatöse Veränderungen. Er selbst fand unter 400 von ihm operierten Myomen achtmal Sarkom = 2% und sechsmal Karzinom = $1^1/_2$%. Linzenmeier (Berlin).

12) **Fangère (Bordeaux). Leichte Entbindung bei einer Frau mit voluminösem vorliegendem Fibrom. Syphilis der Mutter.** (Revue pratique d'obst. et de péd. 26. Jahrg. Nr. 285.)

Ein Fibrom füllt etwa $^2/_3$ der Beckenhöhle aus und reicht drei Finger über den Schambogen. Trotzdem ließ sich das 3960 g schwere Kind mit der Zange entwickeln. Die Mutter zeigte manifeste Syphilis. Wassermann bei der Mutter positiv, beim Kinde negativ. Im Anschluß an die Entbindung Quecksilberbehandlung. Nach $1^1/_2$ Jahren zweite Entbindung. Das Fibrom war nachgewachsen. Die Nabelschnur lag bei ungeplatzter Blase vor. Bei eingetretener Dilatation Wendung. Das Fibrom läßt sich über den Beckeneingang hinaufschieben, der Fötus leicht extrahieren. Hohl (Bremerhaven).

13) **E. Scipiades (Budapest). Geburt und Wochenbett bei myomatösem Uterus.** (Orvosi Hetilap, Gynäkologia 1912.)

Der Einfluß des Myoms auf den Verlauf der Geburt ist sehr verschieden und hängt von der Größe und Lokalisation der Geschwulst ab. Die Erweiterungsperiode ist in der Regel stark verlängert; in der Nachgeburtsperiode sind Störungen nicht selten und die Nachgeburt muß auffallend oft manuell gelöst werden. Auch heftige Blutungen post partum sind nicht selten. In der Austreibungsperiode kann das Myom durch Verursachung von Lage- und Haltungsabnormitäten, Vorfall von Extremitäten und der Nabelschnur und durch Verengung der Geburtswege bis zur absoluten Unwegsamkeit Störungen verursachen. Durch

Digitized by Google

Auflockerung und Abplattung der Geschwulst, oder durch sein Aufwärtswandern infolge der Kontraktionen können solche Hindernisse überwunden werden. Ein gewaltsames Durchziehen des Kopfes, gewaltsame Reposition der Knoten aus dem kleinen Becken sind wegen Gefahr der Nekrose oder Blutung zu vermeiden. Hier ist nur der Kaiserschnitt mit nachfolgender Abtragung subseröser Tumoren oder Amputation der Gebärmutter angezeigt.

Der Einfluß des Wochenbettes auf die Geschwulst kann ein günstiger sein: die Tumoren werden kleiner, ja sie können ganz verschwinden. Es kann aber auch die Nekrose und Infektion der Myome im Wochenbett erfolgen. Endlich ist eine Wanderung der Geschwülste in puerperio nicht selten; intramurale Tumoren werden so zu submukösen. — Der Einfluß der Geschwulst auf den Wochenbettverlauf besteht in einer Neigung zur langsameren Involution und zu Infektionen.

Mit Rücksicht auf alle diese, voraus kaum abwägbaren Komplikationen ist es ratsam, myomkranke Schwangere einer Entbindungsanstalt zuzuweisen, wo alle nötigen Mittel und Heilfaktoren zur Hand sind. Temesváry (Budapest).

14) **J. Lorrain-Smith and Wm. Fletcher Shaw. Rote Degeneration von Uterusmyomen.** (Journal of obstetr. and gyn. of the brit. empire. 1913. Vol. XXIII. Nr. 3. März.)

Bericht über 24 Fälle von roter Degeneration bei Uterusmyomen. Die Fälle werden in zwei Gruppen eingeteilt, in solche mit Thrombosen (15) und solche ohne Thrombosen in den roten Degenerationsherden (9). Bei denen mit Thrombose zeigen diese Herde auf dem Schnitt dunkelrote Farbe, die in Kayserling'scher Flüssigkeit abblaßt. Die Rotfärbung ist durch Hämolyse und dadurch bedingte Hämoglobinfärbung der Gewebe hervorgerufen. Die Hämolyse ist durch Gegenwart von Lipoiden bedingt, die wahrscheinlich durch Verzögerung der Zirkulation zur Ablagerung kommen. Die Gefäße sind sehr dünnwandig. Es bestehen ausgesprochene klinische Symptome, Schmerzen im Leib, ein weicher Tumor und schnelles Wachstum, allgemeine Schwäche, Temperatur- und Pulsanstieg.

Bei der zweiten Gruppe der rot-degenerierten Uterusmyome — denen ohne Thrombosen — ist die Schnittfläche hellrot, die Färbung blaßt in Kayserling ab. Sie ist durch Blutanhäufung in den Gefäßen, aber ohne eine Spur von Hämolyse und Hämoglobinfärbung hervorgerufen. Die Gefäße sind auch hier sehr dünnwandig. Die klinischen Symptome sind nicht von den gewöhnlichen Myomsymptomen verschieden. Hans Schlimpert (Freiburg i. Br.).

Ovarium.

15) **William P. Graves (Boston, Mass.). Der Einfluß des Ovarium als eines Organs mit innerer Sekretion.** (Am. journ. of obst. and dis. of w. and children. 1913. April.)

Die ausführliche Arbeit gibt eine kritische, durch eigene Erfahrungen unterstützte Darstellung der Frage. Die Schlußfolgerungen lauten: Verf. hält es zwar für sehr wahrscheinlich, aber nicht über jeden Zweifel erhaben, daß das Ovarium ein Organ mit innerer Sekretion sei. Von den für die innere Sekretion in Betracht kommenden Bestandteilen, Follikelapparat, interstitielle Drüse und Corpus luteum, dürfte hauptsächlich das letztere von Bedeutung sein. Der Infantilismus ist nicht die Folge einer Hypofunktion des Ovariums, sondern nur die lokale oder allgemeine Manifestation einer hypoplastischen Konstitution, an der das Ovarium beteiligt sein kann oder nicht. Nach der sexuellen Reife übt das Ovar einen trophischen Einfluß auf die anderen inneren und äußeren Genitalorgane aus. Höchst-

Digitized by Google

wahrscheinlich ist die Menstruation abhängig von Hormonen, die das Ovarium liefert, und ebenso scheinen abnorme uterine Blutungen auf einer Hypersekretion des Ovariums zu beruhen. Die Transplantation von Ovarialgewebe hat sich keine größere Wertschätzung erringen können, da die Erfolge unsicher sind. Die Kastration ruft direkt in 80% der Fälle vasomotorische Reizerscheinungen, besonders die heißen Übergießungen hervor, die durch Ovarialextrakt außerordentlich günstig beeinflußt werden. Sonst ist dagegen die Verabreichung von Ovarialextrakt von problematischem Wert. Psychoneurosen werden durch die Kastration nicht hervorgerufen. Jaschke (Gießen).

16) **P. Puech und J. Vanverts. Die Rolle des gelben Körpers bei der Einnistung und Entwicklung des Eies bei der Frau.** (Revue mens de gyn., d'obst. et de péd. 8. Jahrg. Nr. 4.)

Die Versuche von Fraenkel und anderen haben nachgewiesen, daß bei Tieren die Eieinnistung abhängig ist vom gelben Körper, daß dieselbe nach Zerstörung oder Entfernung des gelben Körpers ausbleibt und eine Schwangerschaft in den ersten Monaten unterbrochen wird. Diese Resultate können vom Tier nicht ohne weiteres auf den Menschen übertragen werden. Die Verff. stellen aus der Literatur 25 Fälle zusammen, bei denen in den ersten Monaten der Schwangerschaft beide Ovarien oder ein Ovarium mit dem gelben Körper entfernt werden mußte. Es trat nur in 5 Fällen Unterbrechung der Schwangerschaft ein. Einen Einfluß des gelben Körpers könnte man nur daraus herleiten, daß die Unterbrechung der Schwangerschaft um so häufiger eintrat, ja früher der gelbe Körper entfernt wurde. Praktisch kann man daraus den Schluß ziehen, daß man möglichst in den ersten Monaten der Schwangerschaft nicht operiert. Hohl (Bremerhaven).

17) **Violet (Lyon). Ovariencyste mit beginnender Schwangerschaft. Abtragung der Cyste und des Corpus luteum. Kein Abort.** (Lyon méd. 1913. Nr. 10.)

Der Fall wird berichtet als Gegenstück zu Fränkel's bekannter Hypothese von der Notwendigkeit des Corpus luteum für die Fortdauer der Gravidität.

Zeiss (Erfurt).

18) **H. Violet (Lyon). Ovarialcyste und Schwangerschaft im Beginn.** (Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. Jahrg. 8. Nr. 4.)

Verf. operierte wegen Stieltorsion eine Parovarialcyste in einer $1^1/_2$ Monat alten Schwangerschaft, wobei das zugehörige Ovarium mit dem Corpus luteum mit entfernt wurde. Es trat kein Abort ein. Hohl (Bremerhaven).

19) **H. Gordon Webb (London). Ovarielle Dyspepsie.** (Practitioner 1913. Mai.)

Verf. versteht unter ovarieller Dyspepsie eine ganz akut eintretende, mit Schwindel, Kopfschmerz, Augenflimmern, heftigem Erbrechen einhergehende Dyspepsie, die bei fibröser oder kleincystischer Degeneration der Ovarien vorkommt. Die Gründe, welche ihn zur Aufstellung eines derartigen Krankheitsbildes veranlassen, sind Abwesenheit aller Veränderungen am Darm bei typischem Ovarialschmerz, sowie vor allem die Erfolglosigkeit aller sonstigen therapeutischen Maßnahmen gegenüber dem prompten Erfolg der ein- oder doppelseitigen Oophorektomie und die konstant dabei zu findenden Veränderungen der Ovarien.

Jaschke (Gießen).

20) **A. Gentili (Cagliari). Infektionskrankheiten und Ovarium.** (Rassegna d'ostetr. et ginecol. 1912. Nr. 1—12.)

Die sehr umfangreiche Arbeit stützt sich auf eigene Untersuchungen des Verf.s und sehr ausgiebige Benutzung der Literatur, deren Verzeichnis etwa 250 Nummern

Digitized by Google

umfaßt. Der Ref. muß sich auf die Wiedergabe der wesentlichen Schlußsätze beschränken: Infektionskrankheiten können das Ovar in Mitleidenschaft ziehen. Die Intensität der Beteiligung des Ovars steht in direkter Beziehung zur Intensität des infektiösen Prozesses. Bei allen akuten Infektionen, bei denen pathologisch-anatomische Veränderungen am Ovar gefunden wurden, fand sich ein typisches und konstantes Bild; nämlich: Verstärkung der Involutionsprozesse an den Follikeln, in die Augen fallende Zerstörung der Primordialfollikel, weniger deutlich der Follikel im Beginn der Entwicklung, Blutstauung mit Austritt aus den Gefäßen und anschließender Zerstörung des Ovarialgewebes, eine gewisse Zone kleinzelliger Infiltration. Keine oder geringe Beteiligung des Bindegewebes an dem Prozeß.

Diese Veränderungen werden durch Toxine bedingt, lassen sich auch im Tierexperiment erzeugen (Typhus, Diphtherie). Der Gedanke liegt nahe, daß gewisse Menstruationsstörungen, gewisse Fälle von Sterilität auf Ovarialveränderungen im Gefolge von Infektionen in der Jugend oder Pubertät zu beziehen sind.

Die chronisch-infektiösen Prozesse (Tuberkulose, Lepra, Syphilis) provozieren leichte Irritationen im Bindegewebe und an den Gefäßen, die ihrerseits wieder zum Untergang der Follikel Anlaß geben. Diese Veränderungen haben mit den spezifischen Granulomen nichts gemein. Auch hier dürfte es sich um eine langsame, aber dauernde Wirkung von Bakteriengiften, nicht um die direkte Einwirkung der Keime selbst handeln. Dafür spricht auch, daß beim Tiere Extrakte, welche Virus, aber keine Keime (Syphilis, Lepra) enthielten oder Toxine (Tuberkulose) dieselben Veränderungen hervorrufen können, am wenigsten typisch bei der Tuberkulose. Das Aufhören der Menstruation, Sterilität, Hypoplasie und Atrophie der Keimdrüsen bei tuberkulösen, syphilitischen und leprösen Frauen kann durch diese Störungen erklärt werden. Die sklerocystische Degeneration des Ovars könnte vielleicht auf akute oder chronische Prozesse, — häufiger wohl auf letztere — zurückgeführt werden. Küster (Breslau).

21) **Fairise und Heully (Nancy). Zwei Fälle von metastatischer Neubildung beider Ovarien.** (Province médicale 1913. Nr. 16.)

Ein Fall betrifft ein primäres Pankreaskarzinom, das auf die Nebennieren übergegriffen hatte und große Drüsentumoren am Hilus der Leber und längs der Aorta entwickelt hatte. In beiden Ovarien fanden sich Metastasen, die histologisch dem primären Tumor glichen. Merkwürdigerweise hatte die starke Zerstörung der Nebennieren keine Ausfallserscheinungen gezeitigt. Der zweite Fall betraf ein Magenkarzinom der kleinen Kurvatur, das stark ulzeriert war. Große karzinomatöse Drüsenpakete. Beide Ovarien zeigten Metastasen des Magenkarzinoms.

Hohl (Bremerhaven).

22) **Ludwig Paul. Über metastatische maligne Ovarialtumoren.** Inaug-Diss., München 1913.

Beschreibung von 17 metastatischen malignen Ovarialtumoren, die in der II. gynäkologischen Klinik zur Operation kamen. Den Sitz des primären Karzinoms bildete 9mal der Magen, 4mal der Darmtraktus, 1mal die Gallenblase, 1mal die Cervix uteri. In 2 Fällen handelte es sich um sekundäre Sarkome, die primär von der Portio ausgingen.

Folgende Forderungen für die Praxis ergeben sich aus den gemachten Beobachtungen:

1) In jedem Fall von, besonders doppelseitigem, Ovarialkarzinom ist mit großer Sorgfalt nach einem Primärherd, besonders des Magen-Darmkanals zu suchen.

Digitized by Google

2) Findet sich ein Primärtumor, so ist er, wenn möglich, radikal zu entfernen, wenn nicht, eine Palliativoperation (Gastroenteroanastomie, Enteroanastomose) vorzunehmen.

3) Die Ovariotomie ist immer auszuführen, und zwar muß ein, wenn auch makroskopisch noch nicht verändertes Ovar prinzipiell mitentfernt werden, ohne Rücksicht auf die Ausfallserscheinungen. Am besten ist die Totalexstirpation mit anzuschließen.

4) Bei jeder Magen-Darmoperation wegen Karzinom sind die Ovarien genauestens zu untersuchen, bei Veränderungen mitzuentfernen

O. Eisenreich (München).

23) **G. E. Messa** (Florenz). **Spontanruptur cystischer Ovarialtumoren.** (Ginecologia 1912. Nr. 11.)

Der Verf. liefert als Beitrag zur Klinik der Spontanruptur von Ovarialcysten die Krankengeschichten von fünf Fällen der Florenzer Klinik; bis auf einen Fall, der von Studenten untersucht wurde, wird von vorausgegangenen Traumen nichts erwähnt. Drei der Tumoren waren pseudomucinöse Cysten, die beiden anderen Dermoidkystome. Alle Fälle wurden mit günstigem Ausgange operiert.

Küster (Breslau).

24) **J. A. C. Kynoch** (Edinburgh). **Hämatokele infolge Ruptur einer Blutcyste des Ovariums.** (Journ. of obst. et gyn. of the brit. empire, Vol. XXIII. Mai 1913. p. 304.)

Nicht alle Hämatokelen im kleinen Becken sind durch eine ektopische Schwangerschaft verursacht. Bei einer 38jährigen Frau wurde wegen Symptomen, die an Tubargravidität erinnerten (Schmerzanfälle, Fieber, beschleunigter Puls, Ausbleiben der Menstruation, cystischer Tumor rechts vom Uterus) die Laparotomie ausgeführt. Es fand sich reichlich Blut im Abdomen, das aus einer unilokulären, geronnenes Blut enthaltenden Cyste des Ovars stammte. Eine Tubarschwangerschaft bestand nicht. Hans Schlimpert (Freiburg i. Br.).

25) **F. Adams** (Dubbo N.S.W.). **Blutung aus einer Corpus luteumcyste.** (Brit. med. journ. 1913. April 5.)

Eine 18jähr. verheiratete Nullipara litt seit 2 Tagen an akuten Leibschmerzen, Erbrechen und Diarrhöe, Temperatur 39° C, Rigidität und Empfindlichkeit in beiden Fassae iliacae, aber besonders rechts. Vaginal ergab sich kein besonderer Befund. Am nächsten Tag begannen die Menses, welche 5 Tage in normaler Weise dauerten. 1 Tag nach Ablauf derselben Laparotomie. Es fand sich Blut in der freien Bauchhöhle. Der Appendix war entzündet und wurde entfernt. Rechte Adnexe normal, linkes Ovarium cystisch vergrößert, an demselben hing eine kleine Masse dunkel geronnenen Blutes. Nach ihrer Entfernung blutete es aus einer kleinen punktförmigen Öffnung einer Corpus luteumcyste. Zeichen einer Ovarialgravidität waren nicht zu entdecken. Sieber (Grunewald-Schmargendorf).

26) **Raymond Bonneau** (Paris). **Peritoneale Überschwemmung durch spontane Ruptur einer uteroovariellen Vene.** (Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Jahrg. VIII. Nr. 4.)

Eine Frau von 35 Jahren bricht beim Gemüseausziehen plötzlich mit einem heftigen Schmerz in den linken Fossa iliaca zusammen, und es stellen sich die Zeichen einer inneren Blutung ein, die einen bedrohlichen Charakter annehmen. Da Transport unmöglich, Laparotomie in der Wohnung. Man findet einen kleinen Riß in einer nicht varikösen Vene der uteroovariellen Gefäße. Naht. Heilung. Von einer Extrauteringravidität wurde nichts gefunden, Tuben und Ovarien waren gesund. Da keine Spur von variköser Erweiterung der Venen vorhanden war, bleibt die Ätiologie der Ruptur dunkel. Hohl (Bremerhaven).

Digitized by Google

27) **A. Schlachtner** (Louisville). **Dr. Ephraim McDowell »Vater der Ovariotomie«. Sein Leben und sein Werk.** (John Hopkins Hosp. Bull. 1913. p. 153.)

Historische Studie McDowell's, der 1869 in Danville, Kentucky, seine erste Ovariotomie (mit glücklichem Ausgang) ausführte. Als McDowell am fünften Tag p. op. seine Pat. besuchte, brachte sie zu seinem Erstaunen ihr Bett in Ordnung. Wenn McDowell als »Vater der Ovariotomie« bezeichnet wird, so gebührt seiner Pat. Mrs. Crawford der Ehrentitel einer »Mutter des Frühaufstehens«. Im ganzen hat MacDowell 8 Ovariotomien ausgeführt, 5 vollständige und 3 unvollständige mit einer Mortalität von 20% bei den vollständigen.

Schottelius (Hamburg).

28) **Emil Pflaum.** **Zur Prognose der Ovariotomie.** I.-D., München 1911.

An der II. gynäkologischen Klinik in München wurden in den Jahren 1904 bis Mitte 1909 (Juni) im ganzen 140 Ovarialtumoren operiert bei einer Gesamtkrankenzahl von 4861 Pat. Der Operationsweg war, soweit es sich nicht um kleine, gelegentlich einer vaginalen Operation als Nebenbefund konstatierte Ovarialtumoren oder um vereiterte Kystome handelte, fast ausschließlich der abdominale.

Nach den einzelnen anatomischen Arten berechnet sich die Häufigkeit der Ovarialtumoren folgendermaßen: I. Cystoma serosum simplex = 27,8%, II. Pseudomucinkystom = 27,14%, III. papilläres Kystom = 3,5%, IV. seröses Adenokystom = 22,8%, V. Karzinom = 10,7%, VI. Dermoidkystom = 5,0%, VII. Fibrom = 1,4%, VIII. Sarkom = 2,1%.

Das Resultat der Ovariotomien an dem vorliegenden Material war: Kystoma serosum simpl.: 100% Operations- und Dauererfolg, Kystadenoma serosum: 93,5% Operations- und Dauererfolg, Pseudomucinkystom: 92,1% Operations- und 89,5% Dauererfolg, papilläres Kystadenom: 100% Operationserfolg, 80,0% Dauererfolg, Karzinom: 80% Operationserfolg, 13,3% Dauererfolg. Dermoidkystom und Fibrom: 100% Operations- und Dauererfolg, Sarkom: 100% Operations- und 33,3% Dauererfolg.

Operationsmortalität beim Karzinom = 20,0%, beim Preudomucinkystom = 7,89%, beim Kystadenoma seros. = 6,4%. Die Gesamtmortalität bei den ausgeführten Ovariotomien ergibt 15%.

Nürnberger (München).

29) **A. Fornero** (Siena). **Der innere retikuläre Apparat in den muskulären und bindegewebigen Faserzellen des Ovariums, seine Modifikationen und Alterationen.** (Ginecologia 1912. Nr. 11.)

Mit der Golgi'schen Methode konnte der Verf. in frischen Stückchen aus Ovarien, welche bei Gelegenheit von Myomoperationen und Operationen wegen Tubargravidität entnommen waren, den inneren, retikulären Apparat nachweisen; er fand häufig Modifikationen und Strukturstörungen, nimmt an, daß diese die Folge irgendwelcher pathologischer Reize seien, gleich welcher Art; diese Reize sind nicht etwa spezifischer Herkunft (Infektion, Entzündung), sondern Ernährungsstörungen.

Küster (Breslau).

Originalmitteilungen und Referate für das Zentralblatt wolle man an *Prof. Dr. W. Stoeckel* in Kiel, Monographien, Sonderdrucke und Bücher-sendungen an *Prof. Dr. W. Stoeckel* oder an die Verlagshandlung von *Johann Ambrosius Barth*, Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. W. Stoeckel in Kiel.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Digitized by Google

Zentralblatt für Gynäkologie

begründet von HEINRICH FRITSCH

herausgegeben von

WALTER STOECKEL in Kiel.

37. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 34. Sonnabend, den 23. August 1913.

Inhalt.

Originalien: I. R. Köhler, Zerreißung der Vagina sub coitu mit letalem Ausgang. — II. J. Fonyó, Ein Fall von Retroflexio uteri gravidi partialis. — III. J. Lange, Instrument zur Anlegung und Entfernung der v. Herff'schen Klammern.

Berichte: 1) Gynäkologische Gesellschaft in Breslau. Rosenstein, Dermoid und Teratom; Kriminelle Fruchtabtreibung; Uterus separatus unicollis. Basset, Frühzeitiger Blasensprung. — Rohrbach, Eklampsie. — Friedrich, Vergrößerte Milz; Myome.

Allgemein-Operatives: 2) Goldmann, Frühzeitige Laparotomie bei Abdominalerkrankung. — 3) Robl, Vaginale Inzision. — 4) Balás, Chirurgische Eingriffe bei Kindern. — 5) Leonard, Cervixamputation. — 6) Trout, Proktoklysis. — 7) Heald, Entspannungsnähte. — 8) Graham, Instrumentenbank. — 9) Day, Doppelte Krallenzange. — 10) McArthur, Wachsseide.

Mamma: 11) Chirié, Die Brustdrüse. — 12) Schiffmann und Vystavel, Innere Sekretion der Mamma. — 13) Winter, Schwierigkeiten beim Stillen. — 14) Niklas, Placentarhormone als Laktagoga. — 15) Dufourt, Sekretion aus den Mammae nach Hysterektomie. — 16) Strobell, Lokalrezidiv.

Harnorgane: 17) Isobe, Nierenläsion. — 18) Furniss, Prüfung der Nierenfunktion. — 19) Ruge, Nephritis. — 20) Williamson, 21) Siemons, Albuminurie. — 22) Spengler, Pyelitis gravidarum. — 23) Ayres, 24) Hess, Colibazilleninfektion. — 25) Stern, Chylurie. — 26) Williams, Oxalurie. — 27) Pedersen, Hämaturie. — 28) Barringer, 29) Lower, 30) Furniss, 31) Wherry, Nieren- und Ureterstein. — 32) Habuto, Ureter- und Blasenverletzungen. — 33) Lewis, Fundus vesicae. — 34) Furniss, Gazetupfer in der Blase. — 35) Sinclair, Fibromyom der Blase. — 36) Buerger, Ulcus simplex vesicae. — 37) Buerger, Intravesikale Diagnose. — 38) Buford, Urethralkarunkel.

Extrauteringravidität: 39) Füth, 40) Mühsam, 41) Bertoloni, 42) Strina, 43) Huffmann, 44) Pausot, 45) Macdonald und Krieger, 46) Bauer, 47) Coldevini, Extrauteringravidität.

I.

Aus der gynäk. Abteil. des k. k. Krankenhauses Wieden in Wien. Vorstand: Prof. Dr. J. Halban.

Zerreißung der Vagina sub coitu mit letalem Ausgang[1].

Von

Dr. Robert Köhler,

Assistent der Abteilung.

Fälle dieser Art verdienen, obwohl gerade in den letzten Jahren die diesbezügliche Literatur ziemlich reichlich war, wegen ihrer eigentümlichen Genese, ihrer forensischen Bedeutung und ihres Verlaufes publiziert zu werden, da ein jeder neue Fall durch gewisse Besonderheiten, die er darbietet, geeignet erscheint, Interesse zu erwecken.

Die 32jährige Pat. H. M. wird am 3. III. 1913, 2 Uhr nachts wegen profuser Blutung aus dem Genitale eingeliefert. Wie die Pat. und deren Begleiter angeben, sei die Blutung nach einem Koitusversuch aufgetreten.

[1] Nach einer Demonstration in der Gesellschaft f. Geburtshilfe und Gynäkologie in Wien. Sitzung vom 20. Mai 1913.

Digitized by Google

Soweit sich der Vorgang näher eruieren ließ, handelte es sich um den zweiten Versuch, nachdem dasselbe Vorhaben 14 Tage zuvor mißlungen war. Nach einem anfänglichen Mißerfolge sei endlich die Einführung des Penis gelungen, und gleich hierauf nach einem plötzlichen Schmerze die profuse Blutung aufgetreten.

Absonderliche Lage oder Manipulationen, besonders mit dem Finger, werden entschieden in Abrede gestellt.

Sonstige Anamnese ohne Belang.

Pat. ist stets gesund gewesen, hat keine Kinderkrankheiten durchgemacht.

Erste Menstruation mit 15 Jahren, in 3wöchentlichen Intervallen, 5—7tägig, mäßig profus, ohne Beschwerden.

Letzte Menstruation 2 Tage vor der Einlieferung beendet.

Bei der sofort vorgenommenen Untersuchung konnte folgender Befund erhoben werden:

Die Kleider der Pat. ebenso wie ein vorgebundenes Tuch von Blut durchtränkt.

Äußerst profuse Blutung aus dem Genitale.

Hymen ringförmig, bis auf einen kleinen Einriß im unteren Anteile intakt. Etwa 1 cm langer Einriß des Perineums, der im Zusammenhang mit dem Hymenalriß steht.

Der vorsichtig eingeführte Finger gleitet in einer in der rechten, seitlichen Vaginalwand befindlichen Rinne bis ins hintere Scheidengewölbe und gelangt daselbst in einen, die Portio zirkelförmig umgreifenden, nach rechts hin tief ins parametrane Gewebe reichenden Riß.

Die Spiegeluntersuchung bestätigt den digital erhobenen Befund und läßt als Quelle der Blutung ein eröffnetes Gefäß erkennen.

Stillung der Blutung mittels Umstechung und Tamponade nach Bepinselung mit Jodtinktur.

Von einer Naht der Wunde wird abgesehen.

Auffallend erschien die sofort festgestellte Temperatur von 38,4°.

4. III. Hohe Temperaturen bis 39,5°. An den inneren Organen kein pathologischer Befund. Streifenwechsel.

5. III. Schüttelfrost. Temperatur 40,7°. Die Wundränder schmierig belegt, infiltriert. Lysoformspülung, Jodtinkturpinselung.

8. III. Die ganze Zeit hohe Temperaturen bis 40°. Lungen und Herz ohne Befund. Behandlung der Wunde in gleicher Weise. Blutentnahme aus der Kubitalvene zur bakteriologischen Untersuchung. 10 ccm Elektrargol intramuskulär in den Musc. glutaeus.

10. III. Anhaltend hohe Temperatur, vereinzelte Schüttelfröste. Wunde schmutzig belegt; das rechte Parametrium infiltriert.

Lokale Behandlung. 10 ccm Elektrargol intrumuskulär in den M. glutaeus.

Bakteriologischer Befund: Kulturen aus dem Wundsekret: Aerobe und anaerobe Streptokokken und Bakterium coli.

Blutkultur: Anaerobe und aerobe Streptokokken in Reinkultur.

12. III. Befund unverändert. Parametrane Schwellung im Zunehmen. Pat. klagt über Seitenstechen rechts. Die Untersuchung der Lunge ergibt einen pneumonischen Herd im rechten Unterlappen. Kein Sputum. 10 ccm Elektragol intramuskulär.

14. III. Multiple pneumonische Herde rechts, links nicht sicher nachweisbar. Temperatur hoch. Lokale Behandlung der Wunde. 15 ccm Elektragol intravenös in die Vena cubitalis.

Digitized by Google

15. III. Zunehmender Verfall. Temperatur 40,9°. Schüttelfrost.

16. III. Nachts Exitus letalis.

Obduktionsbefund:

Die Lungen in den vorderen Partien der Oberlappen gedunsen. Beide sind von zerstreut stehenden, meist an den Rändern liegenden, erbsen- bis nußgroßen, eitrigen und jauchigen Herden durchsetzt, besonders stark der rechte Unterlappen.

Herz stark mit Fett durchwachsen, keine Auflagerungen an den Klappen. Aorta in ihrem ganzen Verlaufe eng. Leber verfettet. Milz schlaff. Nieren schlaff, Rinde geschwollen und verquollen.

Das Peritoneum nur im Douglas etwas fibrinös belegt. Die Venen des Beckens rechts sowie am Blasenhalse und an der rechten Peripherie des Schambogens mit verjauchten Gerinnseln angefüllt. Die Venen des rechten Lig. latum zeigen gleichen Befund.

Die Vagina zeigt in ihrer rechten Wand einen bis ins Scheidengewölbe reichenden, 1 cm oberhalb des Scheideneinganges beginnenden, 6 cm langen und bis 3 cm klaffenden Riß der Schleimhaut und der inneren Muskelschichten, dessen oberer Rand gegen das Lig. latum zu zu einer die Fingerkuppe fassenden Nische unterminiert ist.

Der Grund des Risses ist mißfarbig. In demselben klafft 3 cm über dem Scheideneingange die Lichtung einer Vene, und man gelangt von hier aus in die mit verjauchten Gerinnseln gefüllten Gefäße.

Die Vagina 7 cm lang, Zirkumferenz bei nicht klaffendem Risse 4 cm. 1 cm langer Riß am Perineum.

Uterus 7,5 cm lang. Die Venen entsprechend dem inneren Muttermunde jauchig, mit Eiter gefüllt.

Im rechten Ovarium eine frische Blutung in einem über haselnußgroßen cystischen Hohlraum.

In der bis jetzt vorliegenden einschlägigen Literatur lassen sich nur wenige analoge Fälle auffinden, am nächsten kommt noch der Fall von Himmelfarb (Zentralblatt f. Gynäk. 1890. Nr. 22).

Es handelte sich hierbei um eine Verletzung des hinteren und seitlichen Scheidengewölbes. Trotz der bestehenden Verletzung wurde die Kohabitation noch durch 6 Wochen fortgesetzt. Die Pat. kam unter septischen Erscheinungen ad exitum. Die Sektion ergab reichliche kleine Abszesse. Milztumor.

Wenn wir auf die Einzelheiten unseres Falles eingehen, so muß vor allem die bereits einige Stunden nach der Aufnahme konstatierte Temperatursteigerung auffallen.

Da in den nächsten Tagen die pulmonale Affektion konstatiert wurde, so lag der Gedanke nahe, daß es sich anfänglich um zentrale pneumonische Herde gehandelt hatte, die erst beim Erreichen der Lungenoberfläche klinisch manifest wurden und für das anfänglich unerklärliche Fieber verantwortlich zu machen wären.

Sprachen gegen diese Annahme schon die zu verschiedenen Zeitpunkten auftretenden Schüttelfröste, die einen Einschub neuen septischen Materiales und damit den metastatischen Charakter der pulmonalen Affektion bewiesen, so lieferte den strikten Gegenbeweis gegen die primäre Pneumonie der Obduktionsbefund, der die Herde in der Lunge als unwiderleglich embolisch entstanden erkennen ließ.

In den mächtig entwickelten Thrombenmassen des rechtseitigen para-

Digitized by Google

metranen Venengeflechtes war verschleppungsfähiges infektiöses Material in reichstem Maße gegeben.

Bei dem Fehlen eines sonst ätiologisch in Betracht kommenden Faktors muß zur Erklärung der sofort aufgetretenen Temperatursteigerung eine besondere Virulenz der infizierenden Keime herangezogen werden, eine Annahme, die durch den ganzen Krankheitsverlauf gerechtfertigt erscheint. Auffallend bleibt immerhin bei der profusen Blutung das schnelle Vordringen der Infektion in die Blutbahn, da schon ein rein mechanisches Wegschwemmen der Keime anzunehmen wäre.

Ob und wie weit die Blutstillung und Tamponade zur festeren Inokulation des Infektionsmateriales beigetragen hat, läßt sich schwer entscheiden.

In der Erforschung des Entstehungsmodus derartiger Verletzungen sind auch wir kaum weiter gekommen, da sich weder aus den Angaben der Pat. noch des mitschuldigen Partners ein Bild der geschehenen Vorgänge konstruieren ließ.

Die diesbezüglichen Angaben der Autoren sind zwar äußerst zahlreich, und Theorien werden genügend aufgestellt, darunter so manche, die etwas phantastisch anmutet; die Dignität jeder einzelnen läßt aber immerhin noch manchen Zweifel offen, da dieselben zumeist auf Angaben der Pat. aufgebaut sind und bei dem heiklen Thema kaum mit der vollen Aufrichtigkeit derselben gerechnet werden kann.

Daß atypische Lagerung bei der Kohabitation, Impetus, Furcht vor Überraschung eine Rolle spielen, erscheint naheliegend, unwahrscheinlicher dagegen die oftmals angeschuldigte Divergenz der Größenverhältnisse zwischen Membrum und Vagina, die wohl nur in extremen Fällen, bei Stuprumversuchen Erwachsener an kleinen Kindern eine Rolle spielen dürfte, bei der anpassungsfähigen Vagina der geschlechtsreifen Frau jedoch nicht in Betracht kommt.

Die an dem Partner unserer Pat. vorgenommene Untersuchung ergab ein zwar kräftiges, aber nicht übermäßig großes Glied.

Viel Wahrscheinlichkeit hat die zuerst von Warmann aufgestellte und später von vielen Autoren, wie Schäffer, Hermes, Bohnstedt geteilte Auffassung für sich, die in einem Krampfzustand des muskulären Beckenbodens bei sexueller Erregung, kombiniert mit neuropathischer Anlage das wichtigste ätiologische Agens sieht.

Begründet wird diese Ansicht mit der Erfahrungstatsache, daß man Koitusverletzungen bei Prostituierten fast niemals beobachtet hat; dagegen meist bei Frauen, die sich nach langer Abstinenz hingeben oder nach oftmalig in einer Sitzung wiederholtem Beischlafe sexuell hochgradig gereizt sind.

Ebenso selten kommt es bei der Defloration zu Genitalzerreißungen, weil die geschlechtliche Erregung durch den Schmerz herabgesetzt wird.

Es wird dieses Moment von den genannten Autoren auch zur Stütze ihrer Theorie herangezogen, steht jedoch mit unseren Erfahrungen im Widerspruche, da bei unserer Pat. das unglückliche Akzidens sich bei der Defloration ereignete, wobei allerdings eine durch den ersten, vergeblichen Koitusversuch extrem gesteigerte sexuelle Erregung und die Furcht, daß die Kohabitationsunmöglichkeit zur Lösung des Verhältnisses, dem in 2 Wochen die Heirat hätte folgen sollen, führen könnte, zur Betäubung des Deflorationsschmerzes beigetragen haben mag.

Daß neuropathische Disposition vorhanden war, zeigte die Beobachtung der Pat.

Ob die Tatsache, daß sich die Verletzung im rechten Scheidengewölbe, wie in der Mehrzahl der beschriebenen Fälle, fand, dem Zufalle zuzuschreiben ist, oder ob wir der Ansicht einzelner Autoren (Friedmann) beipflichten sollen, die dies damit erklären, daß der Penis durch die Gewohnheit, ihn links zu tragen, nach

Digitized by Google

links hin gelenkiger ist und leichter nach dem rechten Scheidengewölbe abweicht, läßt sich schwer entscheiden.

Sicherlich kommen für unseren Fall noch manche andere Begleitumstände in Betracht, wie Lagerung beim Koitus, ein Ausweichen infolge großer Schmerzen, die hochgradige sexuelle Erregung und anderes mehr.

Als unterstützendes Moment mag bei unserer Pat. noch die sicherlich vorhandene Rigidität des Genitalschlauches der relativ alten Virgo heranzuziehen sein.

Einen Entstehungsmodus durch andere Manipulationen, wie z. B. digitale, glauben wir ausschließen zu können, da in solchen Fällen niemals eine Zerreißung des Dammes beobachtet wird.

Nachtrag bei der Korrektur:

Während der Drucklegung dieser Arbeit gelangte ein Fall zur Einlieferung, der ähnliche Verhältnisse darbot, wie der beschriebene, jedoch günstig ausging.

Es handelte sich um eine 36jährige Frau, die einmal geboren hatte.

Seit einem vor 14 Tagen erfolgten Koitus, bei dem sie plötzlich einen heftigen Schmerz fühlte, will sie blutigen, später eitrigen Ausfluß bemerken.

Seit ca. 8 Tagen Schmerzen im rechten Unterbauche.

Die Untersuchung der Pat. ergab folgenden Befund:

Keine Verletzung am äußeren Genitale.

Äußerst übelriechender, grünlich gefärbter Fluor aus der Vagina.

Rechts neben der Portio, dieselbe halbkreisförmig umgreifend, ein ca. 5 cm langer Riß im rechten Scheidengewölbe, welcher den Eingang bildet zu einer ca. 4 cm tiefen Nische im rechten Parametrium. Bei der Entrierung derselben ergießt sich reichlichst Eiter von der beschriebenen Beschaffenheit.

Rechtes Parametrium und Adnexe in einen übermannsfaustgroßen Tumor umgewandelt. Bei Druck auf denselben entleert sich aus dem Riß Eiter.

Therapie: Spülung der Abszeßhöhle und Auslegung mit einem Streifen. Sitzbad.

Unter Fortführung dieser Behandlung verkleinert und reinigt sich die Abszeßhöhle rasch.

Derzeit besteht nur mehr ein leichter Einriß im rechten Scheidengewölbe.

Literatur:

Beumer, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XX. Hft. 1.
Bohnstedt, Zentralbl. f. Gyn. 1901. Nr. 22. 1902. Nr. 17.
Frankl, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XVIII. Hft. 6.
Friedmann, Ibid. Hft. 1.
Glockner, Ibid. Bd. XVII.
Hermes, Zentralbl. f. Gyn. 1902. Nr. 32.
Himmelfarb, Zentralbl. f. Gyn. 1890. p. 390.
Hoffmann, Lehrb. d. ges. Medizin.
Neugebauer, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. IX. p. 221, 389.
Ostermayer, Zentralbl. f. Gyn. 1901. Nr. 46.
Saks, Ibid. 1904. Nr. 38. 1906, Nr. 17.
Schaeffer, Ibid. Bd. XXIV. p. 220.
Scheftel, Wiener klin. Rundschau 1902. Nr. 39.
Schlapobersky, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXIII. p. 629.
Sömme, ref. Frommel's Jahresber. 1905. p. 117.
Sizinsky, Petersburger med. Wochenschr. 1897. Nr. 4.
Warmann, Zentralbl. f. Gyn. 1897. Nr. 24.
Wertheimber, Nürnberger ärztl. Verein. 1903. Juni.
Wichmann, Ärztliche Sachverständigenzeitung 1900. Nr. 24.
Woyer, Wiener med. Presse 1902. Nr. 31.
Zikmund, Wien. klin. Wochenschr. 1905. Nr. 4.

Digitized by Google

II.

Ein Fall von Retroflexio uteri gravidi partialis.

Von

Dr. Johann Fonyó in Budapest.

Im Zusammenhange mit den bisher bekanntgemachten Fällen der sogenannten partiellen Retroflexion des graviden Uterus, will ich im nachfolgenden einen derartigen Fall der Budapester kgl. ung. Hebammenschule beschreiben, der mit Eklampsie kompliziert war.

Wenn die Verwachsungen des retroflektierten Uterus sich bloß auf die Rückwand oder auf einen Teil derselben erstrecken, so kann die vordere Wand des Uterus gegen die Bauchhöhle nachgeben und durch ihre Ausdehnung dem wachsenden Fötus Raum schaffen. Die Rückwand des Uterus, oder ein Teil desselben, bleibt jedoch auch fernerhin im kleinen Becken gebunden, und die Dehnung dieses gebundenen Uterusteiles drängt die Portio zur Symphyse (Retroflexio uteri gravidi partialis).

Wenn sich die Rückwand des Uterus unter der Wucht des Eies ausdehnt und in das kleine Becken drängt, so können ebenso wie bei einer Retroflexio totalis auch in Fällen der Retroflexio partialis Inkarzerationserscheinungen entstehen, sie treten aber erst später auf. Oft sind sie weniger ausgesprochen, manchmal fehlen sie gänzlich, so daß die Schwangerschaft eventuell auch ihr normales Ende erreichen kann.

Bei Retroflexio uteri gravidi partialis finden wir — wenn die Geburt vor sich geht — den Muttermund dicht hinter der Symphyse und im Becken eine Erweiterung der Rückwand des Uterus, welche einen Teil der Frucht und die Placenta enthalten kann. In seltenen Fällen wendet sich der Muttermund allmählich in die Beckenachse, wobei zugleich die ausgedehnte Rückwand sich aus dem kleinen Recken heraushebt. Es kann daher die Retroflexio uteri gravidi partialis auch spontan ausgeglichen werden.

Nach Wertheim's Kritik sind die hierher gehörigen Fälle als außerordentlich selten zu bezeichnen; denn von einer wirklichen partiellen Retroflexioversio uteri kann man erst dann sprechen, wenn der über dem kleinen Becken sich emporhebende Teil des Uterus eine gewisse Größe erreicht hat. Bei einer wahren Retroflexio uteri gravidi partialis muß der Fundus ganz oder doch zum Teil mit einem Horn unter dem Promontorium eingekeilt bleiben. Nach dieser Difinition sind die hierher gehörigen Fälle sehr selten, und von den in der Literatur erwähnten anderen Fällen, die unter diesem Namen erwähnt werden (zirka 29), scheinen die meisten nichts anderes zu sein, als bloß sackartige Dilatationen der hinteren Uteruswand. So kommt es, daß der beschriebene Fall von Franz (Münchener med. Wochenschr. 1898), in welchem es zu einer Laparatomie kam, von besonderer Wichtigkeit war. Die übrigen Fälle, so der Fall von Michaelis, Frankl, Macleod, Maiss, Dührssen, Stille, Müller, Löhlein, Rybnikar, Heymann halten einer strengen Kritik nicht stand. Teils waren die Fälle erst in der ersten Hälfte der Schwangerschaft, wo man den Stand des Fundus uteri nicht sicher beurteilen konnte, teils konnte man nach den Beschreibungen nicht wahrnehmen, wie sich der Fundus des Uterus verhielt, ob er sich wirklich unter dem Promontorium befand oder nicht.

Digitized by Google

Nach diesen Vorbemerkungen schließe ich die Beschreibung meines Falles an.

Frau P. J., 36 Jahre alt; 4 Geburten. Aufgenommen zum ersten Male vor 2 Jahren mit einem Douglasabszeß. — Erste Schwängerung im 21. Jahre. Letzte normale Geburt vor 8 Jahren. Geburten und Wochenbetten normal. Die erste Periode bekam sie im 17. Lebensjahre, vierwöchentlich mit 4—5tägiger Dauer in mäßigem Grade, ohne Schmerzen. — Die letzte regelmäßige Periode hatte sie vor 4 Monaten, mit normaler Quantität. Seitdem zeigte sich bis 9. November keine Periode. Von ihrer Aufnahme begann sie plötzlich, angeblich zufolge einer anstrengenden Arbeit, zu bluten. — Nach 3tägigem Liegen stillte sich die Blutung, erneuerte sich jedoch beim Aufstehen.

Am 26. Januar fing sie an zu fiebern und hatte nachmittags 39,0° C. Am 27. vormittags 38,2° C. (Daten ihres Arztes.) Seit zwei Wochen Brechreiz und Erbrechen. Über ihre Blutung im November kann sie nur so viel sagen, daß sie stückweise von ihr ging. — Während der ganzen Dauer ihrer Krankheit hatte sie Kreuzschmerzen. Bauchschmerzen erst seit 24. Januar.

Bei kombinierter vaginaler und rektaler Untersuchung wird ein Douglasexsudat festgestellt, das am 29. Januar durch Kolpotomie posterior entleert wird.

Nach einem Jahre nachuntersucht, fand ich den Fundus uteri fest am Kreuzbein fixiert.

Zwei Jahre später, am 2. Febr., bringt man die Frau mit krampfhaften Uteruskontraktionen ins Institut. Unterwegs hatte sie tonische, klonische Krämpfe. — Nachmittags 3 Uhr bekam sie eine Skopolamin-Morphininjektion. Puls 130. Darauf bekam sie vor unseren Augen nachmittags 3 Uhr 5 Min. einen typischen eklamptischen Anfall. — Nach dem Anfall Temperatur 37,7°, Puls 130. 1 cg Morphium subkutan.

Laut Aussage ihres Mannes hatte sie die letzte Periode am 18. Juni des vergangenen Jahres, laut ihrer nachträglichen Aussage aber am 18. Mai. Seit August hatte sie nach Angaben ihres Hausarztes Albumen im Urin. — Im 1. und 2. Monat ihrer Schwangerschaft hatte sie an der Stelle der vor zwei Jahren vollzogenen Operation und im Kreuzbein Schmerzen, die jedoch später aufhörten. — Während der Schwangerschaft hatte sie auch in der Nierengegend Schmerzen. Seit dem Morgen des 1. Februar Kopfweh und Erbrechen. Nachts 2 Uhr bekam sie Konvulsionen an Händen und Füßen und schaute starr auf einen Punkt.

Uterus einen Finger über dem Nabel. — Unter der Nabelgegend Fötusherzschläge. Fötusteile kann man nicht auffinden.

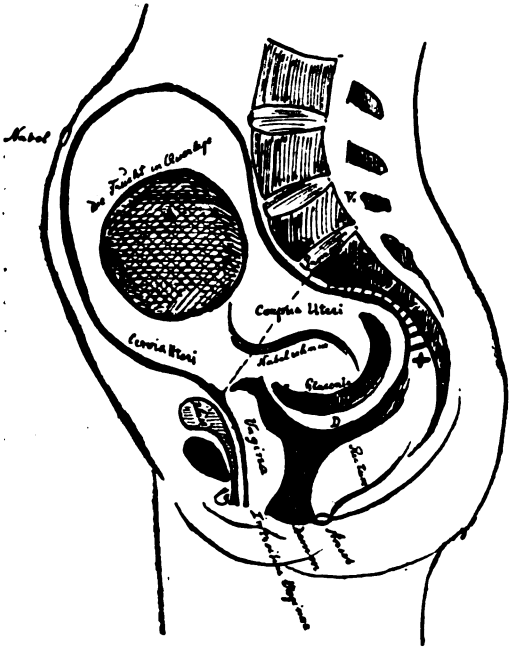
Untere Scheidenpartie mittelweit. Obere Scheidenpartie durch einen Tumor versperrt. Promontorium unerreichbar, da das hintere Scheidengewölbe durch einen kindskopfgroßen, kugelartigen, fluktuierenden Tumor herabgedrängt ist, welcher das obere Drittel des kleinen Beckens gänzlich ausfüllt. Der Muttermund liegt unter der Symphyse und ist für 2 Finger durchgängig. Trüber Urin, welcher nach Esbach 7‰ Ablumin enthält, und viele hyaline und körnige Zylinder.

Am nächsten Tage: Der äußere Muttermund ist tiefer, in der Mitte ein wenig links zu erreichen. — Der Cervixkanal des Uterus ebenso zwei Finger breit, strebt hinter der Symphyse nach oben; man kann jedoch die Grenze des Cervixkanales gegen die Uterushöhle, in der Höhe des oberen Symphysenrandes noch nicht mit Sicherheit bestimmen. — Durch die hintere Wand der Cervix und des Uterus, also durch eine Duplikatur gegen die Kreuzbeinhöhlung, kann man den vorerwähnten Tumor bzw. den dort liegenden Eiteil fühlen. — Nach aufwärts gelingt es nicht, die Flexion der Cervix zur Uterushöhle zu erreichen.

Nach diesem Sachverhalt und aus der Anamnese war es uns nicht mehr zweifel-

Digitized by Google

haft, daß wir einen retroflektierten und fixierten graviden Uterus vor uns hatten. Die Aushebung des fixierten Uterusteiles aus dem Becken wurde versucht, aber ohne Resultat, weil die Rückwand des Uterus seit 2 Jahren flach an die vordere Fläche des Kreuzbeins angewachsen war. — Die Eklampsie forderte die rasche Vollziehung der Geburt; wir konnten nur zwei Wege wählen, entweder eine Laparotomie, oder die Zerstückelung des lebenden Fötus. Da laut den vom Manne erhaltenen anamnestischen Daten und auch zufolge des kleinen Bauchumfanges die Lebensfähigkeit der Frucht sehr zweifelhaft war, standen wir von der Sectio caesarea ab und wählten die zerstückelnde Operation.



Retroflexio uteri gravidi partialis
Medianschnitt (halbschematisch).
+ Verwachsungen des Fundus uteri mit dem Kreuzbein.
D Divertikulum der Rückwand des Uterus im kleinen Becken.

Operation: Chloroformnarkose, Sprengung der Eihaut mittels Kugelzange. Hierauf wird mittels Nägele-Schere der voranliegende, schwer erreichbare Brustkorb perforiert. Vergeblicher Versuch einer Perforation. Es wird die Querlage erkannt. Wir versuchen die Wendung, wobei nur die rechte Hand zwischen die zwei manipulierenden Finger gelangte. Wir holen den Arm herunter, schlingen ihn an und versuchen die weitere Wendung, jedoch wegen Platzmangel ohne Erfolg. Hierauf gelingt es mit Anwendung äußeren Druckes den Kopf von der rechten Fossa iliaca über den Muttermund zu bringen und mittels Nägele-Schere zu perforieren. — Nach mehrmaliger Anlegung des Kranioklast gelingt es endlich den Fötus durch den jetzt schon gut erweiterten Cervixkanal herauszuziehen. — Nach der Geburt erfolgt eine starke atonische Blutung, weshalb man genötigt war, die Placenta rasch zu lösen. — Sie haftete an der kindskopfgroßen rückwärtigen Ausbuchtung des Uterus, welche das hintere Scheidengewölbe abrundete — Waschung des geräumten Uterus mittels sterilem Wasser, worauf sich derselbe kontrahiert. — Blutung hört auf. — Puls 116. Dauer der Operation 1 Std. 15 Minuten. — Temperatur 36,7°, Puls 120. Klysma mit 300 g Salzwasser.

Gewicht des Fötus ohne Hirn 2000 g. Länge 44 cm, entspricht einem Fötus von 36 Wochen.

Wochenbett normal. Albumin schwand allmählich.

Bimanuelle Untersuchung am 12. Wochenbettstage: Oberer Rand des Uterus 2 Finger über der Symphyse. Uterus mannsfaustgroß, mit dem Fundus fest

Digitized by Google

in der Mitte des Kreuzbeins angewachsen. Portio hinter der Symphyse, dick, mehrfach eingerissen.

Status am 27. Februar: Uterus in stärkerer Retroversioflexio mit dem Fundus fixiert in der Mitte des Kreuzbeines. Portio vorn. Im hinteren Scheidengewölbe eine sternähnliche Narbe. Befund des rechten Augengrundes: Retinitis album.

Nach einem Jahre, nach völliger Heilung der Schwangerschaftsnephritis, nahm ich die Korrektur des Uterus durch einen suprasymphysären Querschnitt vor, wobei ich den Uterus mit seinem Fundus an dem oberen Teil des Kreuzbeins fest angewachsen fand. Nach Ablösung des Uterus und nach tubarer Sterilisierung Ventrofixation. Glatte Heilung.

Betreffs der Ätiologie der Retroflexio uteri gravidi partialis fand man (Dührssen in zwei Fällen) perimetrische Verwachsungen der hinteren Uteruswand, die die Rückwand im kleinen Becken zurückhielten. — Mit der Zeit erweiterte sich dieser Teil der Uteruswand unter dem Druck des wachsenden Eies und drängte sich gegen den Ausgang des Beckens. In dem Falle Dührssen vereitelten diese Adhäsionen, welche schon vor der Schwangerschaft vorhanden waren, die Reposition des Divertikulums. In den Fällen Stille, Braxton-Hicks und Ribnikar fand man ähnliche Verwachsungen. In dem Falle Dührssen fühlte sich die Kranke bis zum 5. Monat, in unserem Falle bis zum 8. Monat der Schwangerschaft wohl, was daraus erklärbar ist, daß der vordere Teil des Uterus schon von Beginn des 3. Monates in das große Becken wuchs und die Frucht sich in Querlage placierte; denn wenn dies nicht geschehen wäre, hätten sich schon im 4. Monat Inkarzerationserscheinungen gezeigt. — Die Aufrichtung des Uterus war in keinem Falle möglich wegen der hinteren, perimetritischen Verwachsungen. — Die Anzahl und Stärke der Verwachsungen waren so groß, daß es Dührssen nicht einmal in Narkose gelungen ist, den tief in das Becken sich herabrundenden Teil der hinteren Uteruswand zu reponieren. Derartige Verwachsungen hindern jedoch die vordere Wand nicht, sich gegen das große Becken zu erweitern. Mit dem Anwachsen des Eies wird die rückwärtige Uteruswand immer tiefer und tiefer gedrückt bis, wie im Falle Franz, das ganze kleine Becken ausgefüllt ist und Inkarzerationserscheinungen sich einstellen. — In unserem Falle war bloß das obere Drittel des kleinen Beckens ausgefüllt, und wahrscheinlich deshalb zeigten sich in den ersten Monaten keine Inkarzerationserscheinungen.

In den in der Literatur angeführten Fällen zeigten sich die Inkarzerationserscheinungen bei Retroflexio uteri gravidi partialis im allgemeinen einen Monat später, wie in den Fällen der einfachen Retroflexio uteri gravidi, weil bei Retroflexio partialis ein ansehnlicher Teil des Uterus, wenigstens die Hälfte außerhalb des kleinen Beckens liegt. Wenn jedoch der Fötus — bei Anhaften der Placenta im Diverticulum, wie auch in unserem Falle und im Falle Sperber — in Querlage liegt, so kann der Fötus 7 bzw. 8 Monate sich ohne Inkarzerationserscheinungen entwickelt haben. Auffallend ist, daß man dieses Moment bis zur Veröffentlichung Dührssen's so wenig beachtete: es ist aber begreiflich, wenn wir bedenken, daß bei derartigen Veränderungen der Beckenorgane sehr selten Schwangerschaft eintritt, und, wenn doch, mit Abortus endet, bevor sich noch Inkarzerationserscheinungen zeigen können.

Ätiologisch kann auch ein allgemeines enges oder ein sehr breites Becken ein Rolle spielen, sobald das hervorspringende Promontorium das Herausheben der hinteren Uteruswand aus dem Becken verhindert (Bailly, Löhlein, Sperber), oder aber auch ein Tumor (Löhlein).

Digitized by Google

Bei der Diagnose der Retroflexio uteri gravidi partialis finden wir zwei Tumoren: einen über der Symphyse, den anderen im kleinen Becken, hinter der vorgeschobenen Portio; beide sind je eine Erweiterung desselben Uterus, welche Tatsache sich aus dem Zusammenhange mit der Cervix ergibt. — Ein sehr zu beachtender Umstand ist es, daß, da ein Teil des Uterus in das kleine Becken dringt, die Höhe des Fundus uteri keinesfalls der Schwangerschaftsdauer entspricht. In unserem Falle war von einer achtmonatigen Schwangerschaft die Rede, und der obere Rand des Uterus konnte doch nur mit einem Finger über dem Niveau des Nabels getastet werden.

In den beschriebenen Fällen waren die therapeutischen Wege: Ausfüllung der Scheide und dadurch die sukzessive Heraushebung des in dem kleinen Becken liegenden Divertikels des Uterus, verbunden mit einer Bauchlage der Gebärenden (Dührssen); bzw. dessen Reposition mit Hand und Instrument in der Rückenlage oder Knie-Ellbogenlage, welche oft gelang (Oldham, Veit, Ribnikar), oft wieder nicht (Dührssen, Stille); die bimanuelle Trennung der Adhäsionen (Dührssen); die Punktion des Uterusdivertikulums (Schatz); die Wendung und Extraktion der Frucht (Stille); Einleitung der Frühgeburt (Müller, Dührssen); Zerstückelungsoperation (Dührssen, Dirner); Laparotomie, verbunden mit der Reposition des Divertikulums (Löhlein, Franz). Der Repositionsversuch ist kontraindiziert, wenn schon Syptome einer Blasengangrän erscheinen. — Wenn die Reposition nach einigen Proben nicht gelingt, dann müssen wir entweder die künstliche Frühgeburt einleiten, oder, wenn von einem lebensfähigen Fötus die Rede ist und die Cervix nicht herabziehbar ist, so ist nach Dührssen das rationellste Verfahren der vaginale Kaiserschnitt, und nach Franz die Laparotomie.

Literatur:

Bailly, Archives de tocologie (1874). — Bonn, Verhandelingen van het Leencos Genootschap D. IV. Ohtleed-en Vroedkund. Waarnem (1775). Zit. nach Praag, Neue Zeitschr. für Geburtskunde Bd. XXIX (1851). — Braxton-Hicks, Obstetr. T. XVI. p. 200. — Bröse, Zentralbl. f. Gyn. Ref. Frommel (1901). — Bumm, Grundr. d. Geburtsh. (1902). — Chrobak, Zentralbl. f. Gyn. (1892.) — Doeveren, Observ. Anat. Ultrai et Groning A. (1765). Kap. VII. Zit. nach Praag, Neue Zeitschr. f. Geburtskunde (1851). — Dührssen, Zentralbl. f. Gyn. (1889); Leipziger geb. Gesellsch. 1898; Arch. f. Gyn. (1899). — Funke, Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28. p. 217, ref. Frommel (1900). — Gottschalk, Arch. f. Gyn. Bd. XLVI. (1840). — Grauert, Inaug.-Diss., Greifswald (1898), ref. Frommel (1900). — Hannekant, Ann. de soc. Belge de chir. Tom. VIII., ref. Frommel (1900). — Keitler, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. VIII, ref. Frommel (1901). — Krukenberg, Arch. f. Gyn. Bd. XIX. (1783). — Lehmann, Berliner klin. Wochenschr. (1901), ref. Frommel (1901). — Linzenmeier, Zeitschr. f. gynäkol. Urologie Bd. II. — Löhlein, Deutsche med. Wochenschr. (1897). — Müller, Die Krankheiten des weiblichen Körpers. Enkl. (1888). — Martin, Die Neigungen und Beugungen der Gebärmutter. Berlin (1866). — Marchand, Zentralbl. f. Gyn. (1904). — Nohmann, Über Retrofl. ut. grav. part. Inaug.-Diss. Marburg (1898), ref. Frommel (1909). — Oldham, Obstetr. transact. Vol. I. p. 317. — Pinard et Varnier, Retroversion de l'utérus gravide. Annales de gyn. 1886 u. 1887. — Ribnikar, Diss. Zürich (1882). — Sperber, Zentralbl. f. Gyn. (1889). — Seeligmann, Zentralbl. f. Gyn. Nr. 5. p. 129; ref. Frommel, (1901). — Stille, Memorabilien (1881 u. 1884), ref. Zentralbl. f. Gyn. (1882 u. 1885). — Skutsch, Münch. med. Wochenschr. (1904). — Schatz, Arch. f. Gyn. Bd. I (1765). — Schweighäuser, Aufsätze und einige phys. und prakt. Gegenst. der Geb. Nürnberg (1817). — Treub, Nederlandsch Tijdschrift voor Verlooskunde en Gynaek. (1891). — Veit, Volkmann's Sammlung klin. Vortr. Nr. 170 (1874). Franz, Münch. med. Wochenschr. (1898).

Digitized by Google

III.

Instrument zur Anlegung und Entfernung der v. Herff'schen Klammern.

Von

Dr. med. Johannes Lange,

Frauenarzt in Magdeburg.

Gewiß haben mit mir viele Fachkollegen die Behandlung unserer Laparotomiewunden mittels v. Herff'scher Klammern als einen Fortschritt begrüßt. Erstens geht das Einlegen der Klammern sehr viel rascher als das Nähen, es geschieht viel exakter und zudem ist die Narbe später lineärer. Wenn die kosmetische Seite bei Schnittführung nach Pfannenstiel auch wenig oder gar nicht in Betracht kommt, so erfreut es doch das Auge der Behandelnden, wie sauber und gleichmäßig Ein- und Ausstich, wenn ich so sagen darf, korrespondieren. Beim alten Längsschnitt fällt das viel mehr in das Gewicht. Eine schlecht oder unordentlich genähte Wunde sieht nicht nur unschön aus, sondern läßt auch Schlüsse auf die Akkuratesse der ürigen operativen Maßnamen zu. Wer aber, wie ich, seit einem Dezennium nur mit Gummihandschuhen operiert und operieren muß, bemerkte zu seinem Leidwesen, daß die v. Herff'schen spitzen Klammern den Verschleiß der Handschuhe sehr steigerten. Außerdem aber ließen die jetzt gelieferten Pinzetten eine für die Pat. absolut schmerzfreie Entfernung nicht zu, weil man die Klammern

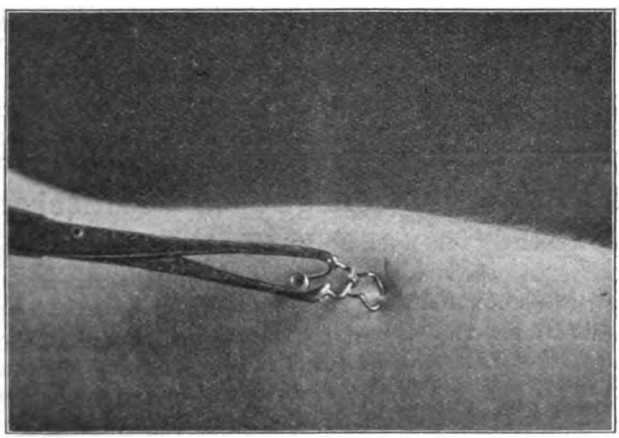


Fig. 1.

nicht ganz sicher fassen und die Spannung bei der Unsicherheit des Erfassens der Klammern nicht weit genug aufheben konnte, um nicht mit den Spitzen doch noch die heilende Haut zu stechen. Beides glaube ich mit einem sehr einfachen, kleinen Instrument behoben zu haben. Ein Köberle hat an seiner vordersten Spitze jederseits zwei kurze stumpfe Haken, welche so weit voneinander abstehen, daß gerade der Draht der v. Herff'schen Klammern hineinpaßt. Wir können nun, da die Klammern selbst federn, durch Druck die Öffnung, ohne ein Erlahmen der Finger fürchten zu müssen, ad maximum erweitern und so die Klammern schmerzlos entfernen. Hierbei kann man die Art des Anfassens horizontal oder vertikal zur Längsachse der Klammer oder zur Wunde wirken lassen, immer wird

Digitized by Google

die Festigkeit des Haltens der v. Herff'schen Klammern in dem kleinen Instrument mit Sicherheit gewährleistet. Da man aber diesen kleinen Feinden unserer Gummihandschuhe gar nicht mehr nahe zu kommen braucht, um sie fest und sicher, wie gewollt, einlegen oder entfernen zu können, sparen wir Material, verringern die Unkosten und erhöhen die Lebensdauer unserer Handschuhe.

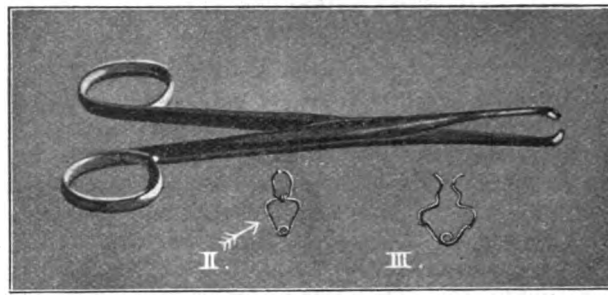


Fig. 2.

Was mir nebenbei noch als eine kleine Schwäche der Klammern aufgestoßen ist, ist die Bemerkung, daß bei öfterem Gebrauch der einzelnen Klammer die Häkchen derselben übereinander springen und die Klammer nun, wie aus beigefügter Fig. 2 III ersichtlich ist, klaffen, also unbrauchbar werden. Dieses Aufspringen wiederholt sich beim jedesmaligen Einlegen. Ein dünnes Drähtchen, wie ersichtlich um die Kreuzungsstelle der Klammerschenkel gelegt, beseitigt diesen Mißstand dauernd (Fig. 2 II).

Das kleine Instrument wurde von der hiesigen Firma H. Middendorf Breiteweg 155, angefertigt und ist von selbiger zu beziehen.

Berichte aus gynäkologischen Gesellschaften.

1) Gynäkologische Gesellschaft in Breslau.

Sitzung vom 29. April 1913.

Vorsitzender: Küstner; Schriftführer: L. Fraenkel.

I. Rosenstein: Dermoid und Teratom.

Mannskopfgroßes Dermoid, das von einem 15jährigen Mädchen stammt. Regelm. Menstr. seit $1^1/_2$ J. Laparotomie. Reaktionslose Heilung. Der Tumor, außen und innen glatt, enthielt reichlich Brei und Haare. An seiner unteren Peripherie ein hartes flaches Gebilde von der Größe eines kindlichen Handtellers, das Ähnlichkeit mit einem Föt hat, Kopfauftreibung, Rumpf mit 4 Extremitäten. Im Kopfteil reichlich Gehirnsubstanz mit Chorioidea und Zähnen, im Rumpfteil viel Knochen, Knorpel von phalangenähnlicher Form, Haut mit Talg- und Knäueldrüsen und Haaren, Muskulatur, drüsige Organe, Darm mit Darmepithel.

Ein zweiter Tumor, eine Struma ovarii von Faustgröße, rührt von einer 42jährigen Frau her, die seit 21 Jahren verheiratet ist und vor 20 Jahren geboren hat. Fascienquerschnitt. Glatter Verlauf. Der Durchschnitt des Tumors hat ein kaleidoskopartiges Aussehen, ist solide, aber durchsetzt von größeren und kleineren, in der Hauptsache mit graugallertigem Inhalt versehenen Alveolen. An einzelnen Stellen ist der Inhalt dottergelb, an anderen hochrot und blutig. In der Zwischen- und Stützsubstanz findet sich neben reichlicher Knochenbildung

Digitized by Google

Thyreoideagewebe. Der Tumor ist ein Struma thyreoidale cysticum benignum und gehört zu den teratoiden Bildungen.

Diskussion. Frl. Friedrich: Demonstration einer Dermoidcyste mit traubenförmig an der Wand hängenden Kugeln, die mikroskopisch eine zwiebelschalenförmige Schichtung mit einzelnen, abgestoßenen Epithelien im Innern zeigten. Wahrscheinlich stammen sie aus einer Kombination eines Cystadenoms mit einer Dermoidcyste und sind durch Abschnürung der Cysten infolge Stieldrehung des Tumors entstanden.

Küstner: Ich sehe in den traubigen, intracystösen Gebilden Papillenwucherungen, die durch Stauung und Ödem infolge der Stieltorsion besonders voluminös geworden sind.

Klaatsch: Ich habe Bedenken gegen die Deutung des »Strumas« und gegen die Bezeichnung des betr. Tumors als aus zwei Keimblättern bestehend, auch gegen die Bezeichnung dieser eventuellen Blätter als Entoderm und Mesoderm. Die Thyreoidea entwickelt sich von der Mundbucht aus, die wissenschaftlich gesprochen von Ektoderm ausgekleidet wird.

II. Rosenstein: Tentamen abortus provocandi graviditate extrauterina.

31jährige Frau, seit 14 Jahren verheiratet. Vpara, zuletzt vor 5 Jahren. Hat vor 4 und 3 Jahren, als sie nach Ausbleiben der Periode sich schwanger fühlte, durch mehrere Tage Pulver aus Chinin, Hydrastinin und Ergotin genommen, darauf jedesmal Wehen bekommen, die den Abort einleiteten. Anfang Nov. 1912 glaubte sie wieder gravid zu sein und nahm die Mittel. Es traten wieder Schmerzen im Leibe, aber heftiger als früher, auf und Blutungen. Nach einer Pause erneute Attacke, dann anhaltende Schmerzen. Am 21. Januar 1913 kam sie in unsere Behandlung. Rechter Tubentumor, aller Wahrscheinlichkeit nach eine gravide Tube. Fascienquerschnitt. Normaler Verlauf. Der kleinfaustgroße Tubentumor enthält auf dem Durchschnitt ein Blutkoagulum, in dessen Zentrum sich eine taubeneigroße, mit Eihaut austapezierte Höhle befindet. Eine Frucht war nicht zu sehen. An der unteren Peripherie mehrere Einrisse, aus denen es in den Douglas geblutet hat.

Es handelt sich hier um einen Abortversuch bei Extrauteringravidität mit Medikamenten. Bei aller Skepsis gegen interne Wirkung derselben kann man sich doch vorstellen, daß bei einem reizbaren Uterus durch Kombination verschiedener Wehenmittel Wehen ausgelöst werden, die zum Abort und in unserem Falle zum Kapselaufbruch geführt haben.

Diskussion. Küstner glaubt kaum, daß durch die Hydrastinin-Chiningaben der Tubenabort in Gang gebracht ist. Wir müssen überhaupt skeptisch sein, die bei Extrauteringravidität eintretenden Schmerzen als Tubenwehen zu deuten. In vielen Fällen ist die dünne, von der Eiimplantation übrig gelassene Tubenmuskelschale zu Kontraktionen gar nicht mehr imstande. Die periodisch bei Tubengravidität auftretenden Schmerzen sind häufig nur Uteruskontrak. tionen, die wegen des benachbarten Tubenaffektes besonders schmerzhaft sind. So sind vielleicht auch im vorliegenden Falle die Schmerzattacken zu deuten gewesen. Diese Auffassung würde gegebenenfalls auf den Spruch des Strafrichters ohne Einfluß gewesen sein. Der Versuch am untauglichen Objekt besteht zu Recht, ob mit Hydrastinin-Chinin Tubenwehen erzeugt werden oder nicht.

Asch: Zur Erklärung der Tubenruptur bedarf es nicht der Annahme einer Wirkung durch die angegebenen Medikamente. Immerhin können Uteruskon-

Digitized by Google

traktionen auslösend gewirkt haben. Dann käme wohl dem in der Mischung enthaltenen Chinin, wenn in großer Dosis enthalten, die Wirkung zu.

Der Angabe, daß schon zweimal durch die Arzneiwirkung Abort provoziert worden sei, ist Mißtrauen entgegenzusetzen.

Frauen geben lieber zu, den Abort durch »innere Mittel« hervorgerufen zu haben, am liebsten durch ärztlich verordnete Medikamente. Sie schieben so die Verantwortung ab und suchen zur gleichen Verordnung zu verleiten.

Rosenstein: Die Arrosion der Gefäße durch Zotten ist wohl nicht die einzige Ursache der Blutung. Mechanische Insulte, brüske Untersuchung, Auskratzungen des Uterus führen auch zum Kapselaufbruch. Kontraktionen der graviden Tube sind bei der Untersuchung vielfach einwandfrei festgestellt. Warum sollten anhaltende Kontraktionen nicht auch zum Kapselaufbruch führen?

III. Rosenstein: Uterus separatus unicollis mit doppelter Anlage der Scheide und einem Ovarientumor (Dermoid).

Das Präparat, die rechte Uterushälfte eines Uterus separatus mit einem faustgroßen Dermoid, stammt von einer 27jährigen, seit 8 Jahren verheirateten Frau. IIpara, Geburt zuletzt vor 5 Jahren. Kein Abort. Die Schwangerschaften lagen links. Die Schwangerschaften sowie Geburten verliefen ohne Störung. Sie stillte 10—12 Monate. Proportioniert gebaute, kräftige Frau mit gesunden Organen. Scheide doppelt angelegt, Portio einfach, hyperplastisch und erodiert. Zwei Uteruskörper, der linke groß, der rechte rudimentär mit einem faustgroßen Tumor, der für ein Dermoid angesprochen wird. Vor der Operation Curettage, links leicht, rechts schwierig, Perforation mit der Curette. Tamponade der Scheide. Fascienquerschnitt. Zwischen beiden Uteri spannt sich ein fingerbreites, sehnenförmiges Lig. retrovesicale aus. Der rechte, rudimentär entwickelte Uteruskörper wird mit dem Tumor entfernt und retroperitoneal versorgt. Schluß der Bauchhöhle. Verlauf reaktionslos.

Die Genitalien zeigen bei Dermoidcysten nicht selten infantilen Bau und anomale Entwicklung.

Wenige Tage später wurde ein ähnlicher Fall operiert. 30jährige Frau, 3 Jahre verheiratet. IIpara. Beide Kinder kamen tot zur Welt, das eine mit 8, das andere mit 7 Monaten, das erste in Steißlage, das zweite wahrscheinlich bei Plac. praevia. Beide Wochenbetten ungestört. In letzter Zeit Senkungsbeschwerden. An die doppelt angelegte Scheide schloß sich eine normale Cervix und an diese zwei nach oben divergierende Uteri. Solche Uteri sind zur Entbindung erfahrungsgemäß sehr ungeeignet, und es kommt häufig zu Störungen der Schwangerschaft und der Entbindung, zu Aborten, Frühgeburten, Lageanomalien der Frucht und der Placenta und Placentarretention. Daher wird zur operativen Vereinigung beider Uteri geraten. Vaginal werden nach Eröffnung des vorderen Douglas die Uteri vorgezogen, seitlich inzidiert, die Schnitte über der Cervix vereinigt und nun durch Knopfnähte sowohl muskulös als seroserös vernäht. Dann werden die Scheidenwülste vorn und hinten exzidiert und vernäht.

Die Frage der Entstehung des Spaltuterus hat seit Dezennien die Forscher beschäftigt, und es sind eine ganze Reihe von Ursachen für dieses Phänomen angegeben worden, die alle viel Wahrscheinlichkeit für sich haben.

Das im ersten Falle gefundene Lig. retrovesicale wird etwa in 10% der Fälle gefunden und ist höchstwahrscheinlich nach Kermauner ein Überrest verspäteter Kloakenteilung, der die Genitalfalten an ihrer Verschmelzung verhindert. In sehr vielen Fällen von Spaltuterus sind aber andere Ursachen, Entwicklungsstörungen der Wolff'schen Körper, der Ligg. rot. und lata und auch der Nieren vor-

Digitized by Google

handen. So sieht Thiersch in der stärkeren Entwicklung und verzögerten Rückbildung und in der räumlichen Trennung der Wolff'schen Körper das hindernde Moment der Verschmelzung. Pfannenstiel und Rokitansky beschuldigen hierfür eine zu breite Beckenanlage, Paltauf das mit Spaltuterus relativ so oft einhergehende Fehlen einer Niere, und Pick hat auf Grund eines Falles von Myom zwischen beiden Uteri die Hypothese ausgeprochen, daß der embryonale Zellkomplex im Septum eine Vereinigung der beiden Uteri verhindere. Zuletzt hat Winckel im Anschluß an die Thiersch'sche Hypothese die oft stark entwickelten Ligg. rot., die an der Kreuzungsstelle der Wolff'schen und Müller'schen Gänge liegen, und die mit den letzteren fest verwachsen, deren Wachstumsrichtung aber entgegengesetzt ist, für die Nichtvereinigung verantwortlich gemacht. Und zu stark entwickelt sind die Ligg. rot., wenn sich der kaudale Urnierenpol mangelhaft zurückbildet.

Danach ist der Spaltuterus nur ein Symptom einer Entwicklungsanomalie anderer, den Müller'schen Gängen benachbarter Organe.

Diskussion. Klaatsch: Ich halte die Versuche, den verschiedenen Gebilden, die in Kombination mit dem Uterus bicornis auftreten, eine ursächliche Rolle für das Ausbleiben der mediären Vereinigung der Müller'schen Gänge zuzuschreiben, für verfehlt. Das gilt auch für die angeblich kausale Bedeutung des unteren Beckens.

Das Auftreten des Lig. vesico-rectale und die Verstärkung der Ligg. rot. sind nur Symptom und Begleiterscheinung einer Störung, die die embryonale Wiederholung stammesgeschichtlicher Vorgänge verhinderte. Man muß sich vergegenwärtigen, daß die Ausbildung der Müller'schen Gänge zu einem vollständigen Uterus bicornis einst in der menschlichen Vorfahrenreihe die Norm darstellte, wie noch heute bei erwachsenen Beuteltieren. Ganz allmählich erst hat sich die Vereinheitlichung des Uteruslumens vollzogen. Bei dieser Vorherrschaft von Vererbungsprinzipien ist es ausgeschlossen, daß eine so grob mechanische Änderung wie eine Verstärkung der Ligg. teres oder eine Erweiterung des Beckens eine aktive Rolle spielen sollte. Kermauner hat ganz recht, wenn er das Auftreten des Lig. cervico-rectale auf ganz frühe, embryonale Vorgänge der Entfaltung der Sinus urogenitalis von der Kloake aus bezieht.

Küstner: Bloß mit Atavismus die Doppelbildungen der Genitalien zu erklären, befriedigt wenig. Wir haben das Bestreben, nach dem Hindernis zu suchen, welches die beiden Müller'schen Gänge verhindert, sich median zu vereinigen. Es ist gewiß in hohem Maße bestechend, ein kurzes Ligamentum latum, ein besonders kräftiges Ligamentum rotundum oder ein besonders gut ausgebildetes Ligamentum rectovesicale als gelegentlich wirksames Hindernis anzusprechen. Dennoch glaube ich das nicht. Ich sehe in genannten Eigentümlichkeiten der Ligamente nur sekundäre Zustände, niemals die Ursache für die Entstehung der Doppelbildungen. Das gilt auch für ein noch so hochgradig entwickeltes Ligamentum rectovesicale, welches mitunter eine mehrere Zentimeter hohe, zwischen Rektum und Blase verlaufende Sichel darstellt.

Klaatsch: Ich freue mich, aus den Äußerungen des Herrn Geheimrat Küstner zu entnehmen, daß er in prinzipieller Hinsicht meiner Ansicht beistimmt. Gewiß ist durch die Feststellung, daß eine Art von Atavismus vorliegt, noch keine Erklärung für dessen Auftreten gegeben, aber es ist doch wohl richtig, daß die Erklärungsversuche nicht wie bisher nach einer falschen Richtung hin gesucht werden. Dieselben müssen sich jetzt vielmehr richten auf die Ermittlung frühzeitig angreifender Störungen, die, die ganze Genitalsphäre treffend, an verschie-

Digitized by Google

denen Punkten verschiedene Wirkungen ausübten und die betreffenden Symptome, wie das häufige Persistieren des Lig. vesicorectale bedingten.

L. Fraenkel berichtet über eine Vereinfachung des Uterus duplex unicollis wegen habitueller Geburten unreifer Früchte. Wegen der Größe der Narbe hat er für die jetzt bevorstehende Entbindung nicht unerhebliche Befürchtungen. (Anm. b. d. Korr. Die Entbindung von ausgetragenem Kinde ist inzwischen spontan und schnell erfolgt.)

IV. Basset spricht über die Bedeutung des frühzeitigen Blasensprunges für Geburt und Wochenbett an der Hand eines Materials von 500 Fällen, bei denen Blasensprung bei fünfmarkstück- bis kleinhandtellergroßem Muttermund beobachtet wurde. Obwohl eine Abkürzung der Geburt nach frühzeitigem Blasensprung nicht zu verkennen ist, so spricht doch manches gegen denselben, vor allem die Infektionsgefahr, da die Eihöhle lange Zeit in Verbindung mit der Scheide steht. Gasbildung im Uterus, Physometra, Fieber in puerperio sind die Folge. Vortr. empfiehlt deshalb im Gegensatz zu van der Hoeven, welcher den Blasensprung bei fünfmarkstückgroßem Muttermund für besonders günstig hält, die Blase erst zu sprengen, nachdem der Muttermund bei Erstgebärenden vollkommen oder beinahe vollständig erweitert ist, bei Mehrgebärenden, sobald er handtellergroß geworden ist. (Der Vortrag findet sich als Originalarbeit in der Festschrift für Herrn Geheimrat Küstner.)

Diskussion. Küstner: Ich halte die Untersuchungen Basset's für bedeutungsvoll, nachdem durch v. d. Hoeven die bis dahin geltenden Regeln erschüttert zu sein scheinen. Während früher den Hebammen die Blasensprengung auf mehrfache Indikation hin gestattet war, ist durch das neue Hebammenlehrbuch eine wesentliche Beschränkung eingetreten. Und das ist sehr gut. Ob die Geburt durch den etwas früher erfolgenden oder herbeigeführten Blasensprung um einige Viertelstunden abgekürzt wird, halte ich für ganz nebensächlich. Bedeutungsvoll bleibt nur das eine: je früher die Blase springt, um so früher steht das Eiinnere eventuellem Mikrobeneintritt offen. Je länger sie steht, um so länger bleibt das Eiinnere keimfrei. Diese Tatsache allein schon genügt, uns darauf hinzuweisen, daß die günstigste Zeit des Blasensprungs erst nach vollständiger Erweiterung des Muttermundes liegt.

V. Rohrbach: Statistik und Kritik über 158 Eklampsiefälle und deren Behandlung.

Auf 11 005 Geburten vom 1. April 1900 bis 1. Dezember 1912 entfallen 158 Eklampsien = 1,43%.

Wenn man sich auch des flüchtigen Eindrucks nicht erwehren kann, daß die Eklampsie in der letzten Zeit überhaupt an Intensität nachgelassen hat, so besteht doch die Tatsache, daß seit der strikten Durchführung des Prinzips der Früh- und Schnellentbindung an unserer Klinik die Mortalität der Mütter hinabgesunken ist von 42,25% auf 14,63%, die der Kinder von 29,16% auf 14,63%. Ein Moment, auf das zuerst Freund im Archiv aufmerksam gemacht hat, fand ich in meinen Tabellen bestätigt, daß nämlich bei wachsender Stundenzahl zwischen erstem Auftreten der Anfälle und vollständiger Uterusentleerung die Mortalität eine im allgemeinen aufsteigende Tendenz hat. Stroganoff haben wir noch nicht angewandt; die Resultate der Methode erscheinen uns noch zu widersprechend.

Die Küstner'sche Schule hält an dem Prinzip der möglichst raschen Elimination der Frucht und der Nachgeburt vorläufig fest.

Diskussion. Küstner: Statistiken an kleinem Material, betreffend verschiedene Behandlungsmethoden der Eklampsie, halte ich für außerordentlich

Digitized by Google

trügerisch. Darauf hat schon einmal Hannes hingewiesen, der zeigte, daß wir an unserer Klinik bei gleichbleibender Methode die verschiedensten Resultate hatten. Bei 30 hintereinander beobachteten Fällen 3% Mortalität, bei 30 anderen über 30%. Deshalb habe ich auch mit der Therapie in nicht zu schnellem Tempo gewechselt. Meiner Erfahrung nach hat den günstigsten Erfolg die Schnellentbindung gezeitigt. Das Wichtigste beim Stroganoff'schen Verfahren kam auch schon bei früheren Behandlungsmethoden zur Anwendung. Man ist davon zurückgekommen.

Asch: So wertvoll die Schlußfolgerungen aus so großen Zahlenreihen und Zeitabschnitten sind, so möchte ich doch mehr als auf die Berechnung der Anzahl der Anfälle oder der Zeit zwischen Ausbruch der Eklampsie und Geburt Wert auf das Verhalten der Urinsekretion und die Beschaffenheit der Nieren legen; für Prognose und Therapie gibt ihre Funktion doch wesentliche Anhaltspunkte. Auch für die postpartale Eklampsie sind die Gesichtspunkte des Vortr weniger maßgebend.

Der Aderlaß ist uns als ausgezeichnetes Unterstützungsmittel in der Behandlung seit 30 Jahren bekannt und geschätzt. Ob die sofortige Kochsalzinfusion nicht den Wert der blutdruckherabsetzenden Wirkung wieder verringert, ist zu bedenken.

Besser erscheinen Mastdarmeingüsse, die vom Organismus nur nach Bedarf resorbiert werden. Subkutane Infusionen kann man später nach Aufhören der Anfälle machen.

VI. Friedrich: 1) Demonstrationen aus der Klinik von L. Fraenkel einer 10 Pfund schweren, in allen Dimensionen gleichmäßig vergrößerten Milz, die von einer seit $^1/_4$ Jahr erkrankten Pat. gewonnen wurde. Es fand sich außerdem eine hämorrhagische Diathese und ein Hämoglobingehalt von 43%, doch kein leukämisches Blutbild. Wassermann positiv. Nach Exstirpation der Milz rasche Erholung der Pat. Die hämorrhagische Diathese schwand, der Hämoglobingehalt stieg auf 75%. Mikroskopisch bietet der Tumor nichts Besonderes.

2) Demonstration einiger Myome.

a. Apfelgroßes Myom, aus der Hinterwand des Uterus unter Eröffnung des einfachen Cavum und Mitnahme eines Stücks Schleimhaut, exstirpiert bei einer 22jährigen Frau, die vor $^1/_2$ Jahr einmal abortiert hatte. Auf der Schnittfläche glaubt man ein Myom zu sehen, das von einer 1 cm breiten Kapsel umgeben ist, die sich in einer scharfen, verkalkten Randlinie von dem übrigen Tumor absetzt. Das Bild spricht scheinbar für die Henkel'sche Theorie von einer besonderen Myomkapsel, die aber inzwischen schon widerlegt worden ist. Zur Erklärung des Befundes wurde an zentrale Nekrose, sequestriertes Myom oder am ehesten an Entwicklung eines Myoms im Nebenhorn eines Uterus bicornis gedacht. Die mikroskopische Untersuchung gab keine Aufklärung, so daß der Befund unklar bleibt.

b. Echtes, haselnußgroßes Myom des Lig. rotundum, mit welchem es durch einen 1 cm langen Stiel zusammenhängt.

c. Pflaumengroßes Myom, aus dem linken Parametrium, nach vaginaler Uterusexstirpation nachträglich noch ausgeschält. Wahrscheinlich ist es ein Cervixmyom, das allmählich ins Parametrium geboren wurde, bis es seinen Zusammenhang mit der Cervix verlor.

Diskussion. Asch: Ist der ausgeschälte Tumor nicht vielleicht ein rudimentäres Uterushorn, ausgefüllt von dem Myom? Dann wäre die äußere Muskelschicht erklärlich. Ein eventuell vorhandenes Lumen wäre dann dort, wo die Kapsel sich spaltet, zu suchen.

Digitized by Google

Allgemein-Operatives.

2) **A. Goldmann** (Neuyork). **Befürwortung frühzeitiger Laparotomie bei Abdominalerkrankung.** (Med. record 1913. Nr. 22. p. 981.)

G. plädiert als »physician« (also nicht pro domo) für häufigeren Entschluß, in diagnostisch unklaren Fällen von Abdominalerkrankungen den Chirurgen zu Rate zu ziehen und eine Laparotomie ausführen zu lassen, deren Risiko heutzutage minimal ist. Leiden, die bei peinlichster und exaktester interner Diagnostik auch von Internisten mit reichen Erfahrungen nicht erkannt werden, lassen sich bei einer Autopsia in vivo aufklären und heilen. Durch Hinausschieben einer Probelaparotomie wird oft der richtige Zeitpunkt zur Ausführung einer lebensrettenden Operation versäumt, eine Tatsache, deren Richtigkeit mit Zitaten verschiedener interner und chirurgischer Autoritäten und an der Hand einer Reihe selbsterlebter Fälle nachgewiesen wird. Schottelius (Hamburg).

3) **H. Robl** (Cleveland). **Untersuchung der Beckenorgane in zweifelhaften Fällen durch eine vaginale Inzision.** (Clev. med. journ. 1913. April.)

Oft ist man in Fällen von peritonealen Veränderungen nicht imstande, bimanuell festzustellen, ob Adhäsionen der Genitalorgane vorhanden sind oder nicht. Vielfach läßt sich die Diagnose einer früheren ektopischen Schwangerschaft nicht absolut sicher konstatieren. Aus solchen Gründen werden teils Operationen unterlassen, die nötig wären, öfters aber noch Laparotomien ausgeführt, die unangebracht waren. Um solche Mißgriffe zu vermeiden, schlägt Verf. vor, in zweifelhaften Fällen eine Untersuchung durch das inzidierte hintere Scheidengewölbe auszuführen. Auch können leichtere Adhäsionen hierbei gelöst und dadurch Laparotomien umgangen werden. Jedenfalls nimmt man lieber nach einer solchen Vaginalinzision einige Adhäsionen im Douglas in Kauf, als daß man die Pat. den Gefahren einer Laparotomie aussetzt. Sieber (Grunewald-Schmargendorf).

4) **Desider Balás** (Budapest). **Die Bedeutung chirurgischer Eingriffe bei Kindern.** (Beitr. z. klin. Chir. Bd. LXXXIV. Hft. 1).

Die Arbeit ist eine vorwiegend literarische. Unter Ablehnung der Rizinusbehandlung bespricht sie die Appendicitis, die am häufigsten zur Operation zwingt. In zweiter Linie kommt als Anlaß zur Operation der Ileus in Betracht, der am häufigsten auf Invagination bzw. Intussuszeption, aber auch nicht selten auf Komplikationen oder Folgezuständen der Appendicitis und endlich auf Koprostase zurückzuführen ist. Oft genug im Zusammenhang mit Appendicitis und Ileus, aber auch unabhängig von ihnen, bildet Peritonitis den Grund zum chirurgischen Eingriff bei Kindern; selten sind primäre Streptokokkeninfektionen, häufiger Pneumo-Diplokokkenerkrankungen, die hauptsächlich kleine Mädchen befallen und die Neigung zur Absackung haben. Perforative Peritonitis ist, abgesehen von Appendicitis bzw. Ileus, äußerst selten. Bei der Behandlung dieser Peritoniden scheint die Spülmethode den Vorzug zu verdienen, die Drainage ist beizubehalten. Selten ist die Gonokokkenperitonitis, die ohne Operation ausheilen kann. Die chronische Peritonitis ist meistens tukerkulöser Natur und kann ebenfalls ohne Operation ausheilen. Besonders ist dies bei der exsudativen Form der Fall, die Verf. deswegen bis zu einer gewissen Grenze von der Operation ausschließt. Bei der ulzerösen Form entschließt er sich schon schneller zur Operation, bei der fibroadhäsiven Form, die an und für sich eine ungünstige Prognose abgibt, operiert er sofort. Der Operation, die die Heilung nur beschleunigt, nicht vollendet, muß eine hygienisch-diätetische Nachbehandlung folgen. Calmann (Hamburg).

Digitized by Google

5) **V. N. Leonard** (Baltimore). **Postoperative Resultate der Cervixamputation.** (Surgery, gynecology and obstetrics Vol. XVI. Nr. 4.)

Die Zusammenstellung von 128 Fällen ergibt folgende Resultate: In 5% der Fälle kamen nach Cervixamputationen Nachblutungen, und zwar mehrmals auch Spätblutungen vor, die auf Infektion von dem keimreichen Cervicalkanal aus zurückgeführt werden. Besserung der Beschwerden wurde in 90% der Fälle erreicht. In 60% wurde ein bestehende Leukorrhöe geheilt, in 30% gebessert. In ungefähr der Hälfte der Fälle wurden menstruelle Schmerzen verringert. $^4/_5$ der Frauen blieben nach der Operation steril, was wohl auf Entstehung einer Narbenstenose zurückzuführen ist. Trotzdem gibt es auch Fälle, bei denen die Cervixamputation als Behandlungsmethode der Sterilität angezeigt ist. Die Zahl der Aborte und Frühgeburten wurde durch die Operation vermehrt, ferner wurden durch Narbenstrikturen häufig schwere Geburtsstörungen bedingt.

Aus diesen Gründen ist die Cervixamputation gewöhnlich nur bei älteren Frauen vorzunehmen. Im gebärfähigen Alter ist sie erst nach Erschöpfung aller konservativen Methoden statthaft. Robert Stern (Offenbach).

6) **H. H. Trout** (Roanoke). **Die Proktoklysis — eine experimentelle Studie.** (Surgery, gynecology and obstetics Vol. XVI. Nr. 5.)

Verf. verwendete zum Tropfklysma nach Operationen in 3000 Fällen abwechselnd physiologische Kochsalzlösung und einfaches Leitungswasser und kommt zu dem Schluß, daß die Kochsalzlösung vor dem Wasser nicht nur keinerlei Vorzüge hat, sondern daß sie in den verwendeten, großen Mengen sogar toxisch wirken kann, während durch einfache Wasserklysmata der Durst viel besser gestillt wird, ohne daß die gefürchtete Schädigung der Darmepithelien einträte.

Robert Stern (Offenbach).

7) **L. L. Heald** (Cedar Rapids). **Heftpflasterentlastung für durchgreifende Entspannungsnähte.** (Journ. am. med. ass. 1913. Nr. 25. p. 1954.)

Um das Durchschneiden von Entspannungsnähten zu vermeiden, werden die Nähte über der Wundlänge entsprechend lange Glasrohre geknüpft, die mit Kautschukheftpflaster fixiert sind. Schottelius (Hamburg).

8) **H. F. Graham** (Brooklyn). **Instrumentenbank bei rektalen und vaginalen Operation.** (Journ. am. med. ass. 1913. Nr. 26. p. 1537.)

Am Operationstisch zwischen den Beinhaltern montierte schmale Bank zum Ablegen von Instrumenten während der Operation.

Schottelius (Hamburg).

9) **F. Day** (Boston). **Doppelte Krallenzange.** (Journ. am. med. ass. 1913. Nr. 25. p. 1953.)

Nach Art des dreiblättrigen Cephalokranioklasten konstruierte Faßzange, die sich bei Operation Emmet'scher Risse bewährt haben soll.

Schottelius (Hamburg).

10) **L. L. McArthur.** **Die Präparation von Wachsseide.** (Surgery, gynecology and obstetrics Vol. XVI. Nr. 4.)

Die Seide wird in Stücke geschnitten, auf Pappestücke aufgewickelt, in Paraffinpapier und Briefumschläge verpackt. Diese Verpackungen werden in Massen trocken sterilisiert. Dann werden sie unter sterilen Kautelen wieder geöffnet, die Seidewickel werden herausgenommen, in geschmolzenes zu 10% mit Karbolsäure versetztes Bienenwachs getaucht und sodann von neuem verpackt. Diese Wachsseide hat durch ihre größere Festigkeit und Einheilungsmöglichkeit große Vorteile vor anderem Nähmaterial. Vor der Verwendung soll jeder Faden

Digitized by Google

schnell einmal durch ein steriles Handtuch gezogen werden, wodurch er glatt und schmiegsam wird. Robert Stern (Offenbach).

Mamma.

11) **Chirié. Die Brustdrüse in den verschiedenen Phasen ihrer Entwicklung nach Untersuchungen von Bonin und Ancel.** (Arch. mens. d'obstétrique et de gynécologie 1912. Oktober.)

B. und A. unterscheiden auf Grund ihrer Untersuchungen sechs verschiedene Phasen in der Entwicklung der Brustdrüse. Zunächst die Periode der eigentlichen Entwicklung, die sich von den ersten Tagen des intrauterinen Lebens bis zum Ende des ersten Monats nach der Geburt erstreckt. Diese zerfällt wieder in zwei Abschnitte: Entstehung des Organs und erstes Auftreten der Sekretion. Schon vom 6. Monat des intrauterinen Lebens an konnten die Verff. die Zeichen einer funktionellen Entwicklung, vom 8. Monat an das Produkt dieser Entwicklung nachweisen.

Die zweite Periode beginnt einige Tage nach der Geburt, nachdem die erste sekretorische Tätigkeit aufgehört hat, und erstreckt sich bis zur Pubertät; sie stellt einen Teil der funktionellen Ruhe dar. Mit dem Auftreten der ersten, reifen Follikel im Ovarium setzt die dritte Periode ein, die durch eine bedeutende Vermehrung der Milchkanälchen und der Acini charakterisiert ist. (Bei den übrigen Säugetieren verläuft diese Periode etwas anders. Es muß in der Beziehung auf das Original hingewiesen werden, in dem die entsprechende Entwicklung bei dem Kaninchen an der Hand von histologischen Bildern erörtert wird. Ref.) Die vierte Periode fällt in die Zeit der Schwangerschaft und läßt sich wiederum in zwei Abschnitte teilen. Der erste Abschnitt umgreift die Zeit der Entwicklung, die sich in einer Verlängerung und Teilung der Milchkanälchen und einer Zunahme des Gesamtvolumens der Brust äußert. Er erstreckt sich bis zum Ende des 3. Monats der Gravidität. Dann beginnt der zweite Abschnitt, die Zeit der Sekretion. Die feineren Vorgänge dieser Sekretion sind ihrer Natur nach bei der Frau noch unbekannt. (Die entsprechenden Vorgänge beim Kaninchen sind von den Verff. ebenfalls wieder genauer studiert.) Nunmehr folgt die Periode der eigentlichen Aktivität, die mit einer langsamen Rückbildung abschließt. Das letzte Stadium endlich ist das der senilen Involution.

Im zweiten Teil ihrer Arbeit untersuchen die Verff. die Abhängigkeit der verschiedenen Phasen in der Entwicklung der Brustdrüse von anderen Vorgängen im Organismus. Den Stimulus zu den fötalen Sekretionsvorgängen gibt nach der Ansicht der beiden Autoren ebenso wie bei der Mutter die Tätigkeit der hypothetischen »glande myométriale« ab; diese Drüse sondert Hormone ab, die auf dem Wege über die Placenta auf den Fötus übergehen. Die Abhängigkeit der zweiten Periode von der Tätigkeit der Eierstöcke ist wahrscheinlich, aber nicht mit Sicherheit nachzuweisen. Die Beziehung der dritten Peroide (der Reife) zu der Funktion der Ovarien, im besonderen zu der Entwicklung der Follikel bzw. des Corpus luteum ist bekannt. Auch die Entwicklung der Brustdrüsen in der Periode der Schwangerschaft ist abhängig von den Ovarien bzw. von dem Corpus luteum graviditatis. Dagegen erfolgt die Anregung zu der Milchsekretion nach Ansicht der Verff., wie schon oben erwähnt, von seiten der im Myometrium gelegenen Schwangerschaftsdrüse. Diese Drüse übt ihren Reiz auch noch weiterhin im Puerperium aus, während als neues Moment das Saugen des Kindes hinzukommt, das die stete Sekretion unterhält. Engelmann (Dortmund).

Digitized by Google

12) **J. Schiffmann** und **A. Vystavel** (Wien). **Versuche zur Frage einer inneren Sekretion der Mamma.** (Wiener klin. Wochenschrift 1913. Nr. 7.)

Die Verff. konnten durch ihre Versuche an Meerschweinchen 1) gleich wie Scherback konstatieren, daß die Mammaexstirpation keinen Einfluß auf Trächtigkeitsdauer und Wurf besitzt, 2) die Befunde Fedoroff's und Leo Adler's bestätigen, daß injizierte Mammaextrakte zum Abort der trächtigen Meerschweinchen führen und 3) bei nichtträchtigen Tieren eine Vergrößerung der Nebennieren, Atrophie des Uterus verursachen, und ferner, was bisher nicht bekannt war, mikroskopische Veränderungen der Hypophyse und eine auffallende Verkleinerung der Ovarien bewirken. Bei weiteren, systematischen Untersuchungen an heranwachsenden Tieren war die atrophierende Wirkung des Mammaextrakts auf die Geschlechtsdrüsen besonders auffallend; Ovarien und Hoden der Kontrolltiere waren dreimal so groß als bei den Injektionstieren. Dasselbe Resultat ergab die Injektion von Kuheuterextrakt und arteigenem Mammaextrakt. Das Brustdrüsenextrakt wirkt also hemmend auf die Entwicklung des Genitale ein und in erster Instanz auf die Keimdrüsen. Linzenmeier (Berlin).

13) **G. Winter** (Königsberg). **Schwierigkeiten beim Stillen.** (Zeitschrift für Säuglingsschutz.)

Dem Verf., dessen Ausführungen für den Fachmann Bekanntes zusammenfassen, haben sich als Mittel zur Schonung schrundiger Warzen die Sternschen Saugplatten bewährt. Von der Stauungsbehandlung bei Mastitis hat er ebensowenig Erfolg gesehen, wie von der medikamentösen Therapie einer Agalaktie bei normalem Drüsenbau. Lehfeldt (Berlin-Südende).

14) **Friedrich Niklas.** **Zur Frage der Placentarhormone und der Verwendung von Placentarsubstanzen als Laktagoga.** Inaug.-Diss., München, 1913.

Verf. schildert einleitend kurz die hauptsächlichsten Theorien über die Ursachen der Milchsekretion und geht näher auf die Hormonentheorien ein. Im Anschluß daran folgen sehr interessante, eigene Versuche des Verf.s, die mit Placentarextrakten angestellt wurden. »Durch Einwirkung von Eimaterial = Placenta und Fötus kann sowohl beim jungfräulichen als beim Muttertier eine kurze Zeit anhaltende Milchsekretion mit vorausgehender Milchdrüsenhyperplasie erzielt werden.« Versuche an Ammen ergaben ebenfalls eine Steigerung der Milchsekretion, wenn sie auch nicht so bedeutend war wie im Tierversuch.

O. Eisenreich (München).

15) **P. Dufourt** (Lyon). **Sekretion aus den Mammae nach totaler Hysterektomie mit doppelseitiger Kastration.** (Lyon médcal 1913. Nr. 18.)

Es handelte sich bei der 27jährigen Frau um beiderseitige Adnexerkrankung mit Metritis, die längere Zeit hindurch erfolglos anderweitig behandelt worden war. Beide Ovarien enthielten kleine Cysten, sonst ohne Besonderheiten. Während der dreijährigen Ehe waren die Menstruationen stets regelmäßig eingetreten. Auch bei der Operation zeigte sich der Uterus vollkommen leer. Einige Tage p. op. Stiche und unbestimmte Schmerzen in den aufgetriebenen und hartwerdenden Mammae. Vom vierten an abundante Sekretion, die erst nach 3 Wochen wieder nachläßt. Daneben Stiche in den Seiten, Hitzegefühl, Schweißausbrüche und Erregbarkeit. Das Sekret enthält Butter und Kolostrum.

Zeiss (Erfurt).

Digitized by Google

16) **C. W. Strobell** (Rutland Vermont). **Das Problem des lokal rezidivierenden Brustkrebses.** (New York med. journ. 1913. Nr. 23. p. 1167.)

Publikation eines 1910 zum erstenmal operierten, 1912 rezidivierten und vom Verf. mit einer »chemischen Exstirpation« operierten Falles, der 6 Monate rezidivfrei geblieben ist. Die Methode soll im Am. journ. of surgery, November 1913 (!) beschrieben sein. Schottelius (Hamburg).

Harnorgane.

17) **K. Isobe.** **Experimentelles über die Einwirkung einer lädierten Niere auf die Niere der anderen Seite.** (Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XXVI. Hft. 1.)

Die Arbeit berichtet über 81 Tierexperimente, welche tabellarisch geordnet sind. I. faßt die Ergebnisse seiner Experimente wie folgt zusammen: »1) Bei schweren Läsionen einer Niere werden Zerfallsprodukte in die Blutbahnen resorbiert, welche bei der Ausscheidung auf die Epithelien der anderen Niere toxisch wirken und mehr oder weniger parenchymatöse Veränderungen in derselben hervorrufen. 2) Wenn Verletzungen einer Niere sehr leichtgradig sind, so daß nur wenig toxische Substanzen produziert werden, so entsteht nur eine mehr oder weniger deutliche Hypertrophie der anderen Niere. 3) Die zerfallene Nierensubstanz ist meiner Ansicht nach spezifisch toxisch und wirkt auf die Niere allein. 4) In praktischer Hinsicht empfiehlt es sich, die erkrankte Niere einer Seite möglichst frühzeitig operativ zu behandeln, ehe nicht mehr rückgängige Veränderungen in der Niere der anderen Seite entstanden sind.« Kurt Hanusa (Kiel).

18) **H. D. Furniss** (Neuyork). **Vorläufiger Bericht über die intravenöse Anwendung von Indigokarmin zur Untersuchung der Nierenfunktion.** (Surgery, gynecology and obstetrics Vol. XVI. Nr. 5.)

Die intravenöse Injektion von Indigokarmin hat vor der intramuskulären den Vorteil der geringeren Schmerzhaftigkeit und der Unabhängigkeit der Ausscheidung von der recht variabeln Resorptionszeit. Verf. injiziert 5—10 ccm einer 0,3%igen Lösung intravenös und kontrolliert dann die Ausscheidung cystoskopisch, die bei gesunder Niere nach 2 bis 6 Minuten beginnt und nach 15 bis 20 Minuten zum größten Teil beendet ist. Robert Stern (Offenbach).

19) **E. Ruge.** **Über den derzeitigen Stand einiger Nephritisfragen und der Nephritischirurgie.** (Ergeb. d. Chir. u. Orthop. 1913. Bd. VI.)

Die Arbeit gliedert sich in drei Abschnitte. Der erste, »allgemeine Ergebnisse« überschrieben, beschäftigt sich mit der Albuminurie (orthostatische, lordotische, traumatische) und den Formen chronischer Nephritis, die »dauernd ohne verwertbaren Urinbefund verlaufen« und welche die alte Lehre, daß zur Nephritis regelmäßig Albuminurie gehört, erschüttern. Verf. geht dann auf die Frage der Blutungen aus anscheinend gesunden Nieren über und kommt zum Schluß im Hinblick auf die bisherige Literatur, daß eine schwere Nierenblutung oder eine schwere Kolik das erste oder sogar das einzige klinische Zeichen einer chronischen Nephritis sein kann. Was die Ausdehnung des nephritischen Prozesses betrifft, so ist mit der Möglichkeit eines wenigstens anfänglich parzellierten bzw. partiellen oder einseitigen Auftretens akuter infektiöser und chronischer Nephritis zu rechnen. Da nach den Untersuchungen von Achard u. a. der »Zerfall von Nierensubstanz« Stoffe erzeugt, die exquisit giftig auf die Nierenzelle selbst wirken, und dadurch die gesunde Seite schädigen (Nephrolysine), plädiert Verf. für eine rechtzeitige chirurgische Behandlung.

Digitized by Google

Der zweite Teil bespricht die Wirkung der Dekapsulation: »Die Beseitigung von nephralgischen Schmerzen findet in der Entfernung einer die Niere eng einschnürenden Faserkapsel eine genügende Erklärung. Die guten Erfolge der Dekapsulation bei den Blutungen aus parenchymatös-nephritischen Nieren beruhen wahrscheinlich ebenfalls in der Beseitigung des Druckes der Kapsel auf das in diesen Fällen stets als geschwollen und gestaut beschriebene Organ.«

Im dritten Teil wird die spezielle Chirurgie der Nephritis abgehandelt: I. Akute Nephritiden, 1) die toxische Nephritis und Eklampsie: Es sollten alle, intern nicht beeinflußbaren, akuten toxischen Nephritiden nach nicht allzu langem Abwarten, sobald ein tödlicher Ausgang (Anurie, Urämie) in Frage steht, dekapsuliert werden (Rovighi). Die Dekapsulation bei Eklampsie ist angezeigt, wenn trotz Entbindung, Diaphorese, Aderlaß die Krämpfe fortbestehen, d. h. wenn die bedrohlichen Symptome der Nephritis zurückbleiben, »nachdem eine schleunige Entleerung des Uterusinhaltes die Giftquelle beseitigt hat«. Vor dem Eingriff Ureterenkatheterismus. Mortalität 30—40%; doch ist zu bedenken, daß es sich um letale Fälle handelt.

2) Akute Nephritis nach Infektionskrankheiten: »Es ist zweifellos berechtigt, in schweren Fällen akuter oder akutester Nephritis nach Scharlach oder Pneumonie usw., wenn eine schwere Oligurie oder urämische Symptome nicht schnell auf interne Mittel sich bessern, die Dekapsulation anzuraten.«

3) Akute infektiöse Nephritis: »Sobald die Diagnose: infektiöse Nephritis feststeht, ist die kranke Niere freizulegen. Die Operation der Wahl ist die Nephrotomie, wenn nicht der allzu schlechte Zustand der Niere eine Nephrektomie erheischt.«

II. Die chronische Nephritis: 1) Morbus Brightii: »Immerhin dürfte es jetzt schon angezeigt sein, bei chronischen Nephritiden, die bei einer langdauernden, sachgemäßen internen Behandlung nur geringe oder gar keine Besserungen zeigten, oder gar weiter sich verschlimmerten, einen Versuch mit der Dekapsulation der Nieren zu machen.«

2) Anurie und Urämie bei chronischer Nephritis: »Im großen ganzen ergibt sich trotz einer großen Anzahl Versager aus den Berichten der Autoren doch ein günstiges Urteil über den chirurgischen Eingriff bei selbst schweren Urämien nach nephritischer Anurie bzw. Oligurie.«

3) Nephritische Massenblutungen: »Die Nephrotomie ist trotz der ihr im Vergleich zur Nephrodekapsulation anhaftenden, erhöhten Gefahren zur Methode der Wahl bei Massenblutungen aus der Niere geworden.«

4) Chronisch nephritische Nephralgien: Als Methode der Regel hat zu gelten die Dekapsulation mit Nephrotomie. Kurt Hanusa (Kiel).

20) **Herbert Williamson. Diagnose der Albuminurie in der Schwangerschaft.** (Lancet 1913. Mai 17. p. 1363.)

Ob es sich bei einer Albuminurie in der Schwangerschaft um eine chronische Nephritis oder eine Schwangerschaftstoxämie handelt, kann durch den Nachweis einer Acidosis erbracht werden. Die Acidosis wird bei Schwangerschaftstoxämie stets gefunden, wenn die Veränderungen einen gewissen Grad erreicht haben. Sie findet sich nicht bei den Fällen chronischer Nephritis. Tritt im Verlauf einer chronischen Nephritis noch Acidosis ein, so handelt es sich um eine neu hinzugekommene Kombination von Schwangerschaftstoxämie mit chronischer Nephritis. In frühen Stadien der Toxämie kann der Nachweis der Acidosis, der etwas später als die ersten Symptome dieser auftritt, nicht möglich sein. Die Acidosis läßt sich nachweisen durch eine Abnahme der Alkaleszenz des Blutes, eine Steigerung

Digitized by Google

des Ammoniakkoeffizienten und Abnahme des Harnstoffkoeffizienten im Urin, den Nachweis von Azeton, β-Oxybuttersäure und Acetessigsäure im Urin. Das Vorhandensein letzterer und von Azeton zeigt, daß der Fettstoffwechsel durch eine Erkrankung der Leber gestört ist.

Die klinischen Folgerungen sind folgende: Bei Toxämie soll nie Chloroform wegen der möglichen Leberschädigung gegeben werden, ebenso nicht Kalomel und Sublimat wegen der Gefahr der Quecksilberschädigung der Leber und Nieren. Ist eine Acidosis nachgewiesen, so soll intravenös Natr. bicarbonat. oder Natriumazetat gegeben werden. Zur Beeinflussung des Fettstoffwechsels verabfolge man Glykose per rectum oder als Limonade per os. Tritt bei einer Schwangeren die an chronischer Nephritis leidet, Acidosis auf, so muß die Schwangerschaft sofort unterbrochen werden. Hans Schlimpert (Freiburg i. B.).

21) **J. Morris Slemons** (Baltimore). **Mit welcher Wahrscheinlichkeit kehrt die Albuminurie in folgenden Schwangerschaften wieder?** (Amer. journ. of obst. and dis. of w. and children 1913. Mai.)

Verf. berücksichtigt nur die schwereren Grade, die nach deutschem Sprachgebrauch als chronische Schwangerschaftsniere (Nephropathia) zu bezeichnen wären. Schon die einfache Erfahrung lehrt, daß es Fälle gibt, in denen bei einer folgenden Schwangerschaft kein Rezidiv eintritt, andere, wo mit jeder weiteren Schwangerschaft nicht nur eine Wiederkehr, sondern sogar eine Verschlimmerung des Prozesses beobachtet wird. Bei dem Bestreben, diese beiden Gruppen von vornherein unterscheiden zu können, hat Verf. schließlich folgende, brauchbare Merkmale gefunden: In der ersten Gruppe sinkt nach der Geburt der Eiweißgehalt innerhalb 8 Tagen bis auf Spuren ab, der Blutdruck kehrt zu normalen Werten zurück; in der zweiten Gruppe der Fälle vergehen 6 Wochen und mehr, ehe der Eiweißgehalt so weit sich vermindert und schließlich ganz verschwindet. Auch der Blutdruck fällt hier langsamer ab. Das sind die Fälle, die in weiteren Schwangerschaften rezidivieren, und bei denen mit der Zahl der Schwangerschaften die Albuminurie immer frühzeitiger sich einstellt und höhere Grade erreicht. Insofern ist auch die Prognose dubiös. Eine dritte, von vornherein ungünstige Gruppe von Fällen stellen die Frauen dar, bei denen eine chronische Nephritis besteht, die auch außerhalb der Schwangerschaft — von geringen Remissionen abgesehen — weiterbesteht. Verf. belegt seine Auffassung durch instruktive Fälle aus seiner Praxis, in der er 18 Frauen seit vielen Jahren fortdauernd beobachtet hat.

Jaschke (Gießen).

22) **K. Spengler. Weitere Beiträge zur Pyelitis gravidarum.** Inaug.-Diss., Zürich, 1913.

Besprechung der Infektionswege und der das Entstehen der Pyelitis gravidarum begünstigenden Ursachen. Nach einigen, ganz kurzen Bemerkungen über Diagnose, Prognose für Mutter und Kind, schildert Verf. die in Zürich geübte Therapie. In erster Linie empfiehlt er Urotropin. Bei Salol scheut er die Phenolintoxikationen sowie die dadurch hervorgerufene Albuminurie und Zylindrurie. Methylenblau leistete weniger. Für hartnäckige Fälle empfiehlt er den Ureterenkatheterismus und die Nierenbeckenspülung nach Stoeckel. Zur Behandlung der Pyelonephritis wird der Nephrektomie gegenüber der Nephrotomie der Vorzug gegeben. Es folgen die Krankengeschichten von 15 Fällen. F. König (Bern).

23) **W. Ayres** (Neuyork). **Colibazillusinfektion der Niere.** (Med. record 1913. Nr. 22. p. 968.)

Betonung der Häufigkeit hämatogener Infektionen der Niere mit Coli; prädisponierende Momente sind Trauma, Kongestion der Niere (Gravidität, Nieren-,

Digitized by Google

Uretersteine, Tumoren der Genitalorgane) und präexistierende Nephritis. Als klinisch primäres Symptom tritt oft eine Reizbarkeit der Blase auf, dem Temperaturanstieg und Schüttelfröste folgen.

Zur Diagnose bedarf es neben Skiagramm und Ureterkatheterismus vor allem des kulturellen Nachweises der Erreger; tinktorieller Nachweis gramnegativer Stäbchen im Urin genügt nicht mehr.

Therapie: Bettruhe, Urotropin in steigenden Dosen bis freier Formaldehyd im Urin nachweisbar ist oder die 24stündige Dosis etwa 8 g beträgt. Der Formaldehyd wird nach Burnam nachgewiesen, indem man zu dem Urin gibt: 3 Tropfen einer 0,5%igen, wäßrigen Lösung von Phenylhydrazin-Hydrochlorid; 3 Tropfen einer 5%igen, wäßrigen Lösung von Nitroprussidnatrium und im Überschuß gesättigte, wäßrige Lösung von Natriumhydroxyd. Bei Formaldehyd tritt dann tiefblaue, nach einigen Minuten in grün und braun übergehende Färbung auf.

Tritt bei maximalen Urotropingaben kein Formaldehyd im Urin auf, dann soll Na. benzoicum oder Salol versucht werden.

Vaccinebehandlung hat sich A. nicht bewährt. Falls nach 2 Wochen keine Besserung, dann Nierenbeckenspülung mit Borsäurelösung, Arg. nitr. in schwacher Konzentration oder 2%iger Liquor plumb. acetic. (amerikanische Pharmakopöe).

Versagt diese Behandlung und verschlimmert sich der Zustand, dann soll die Niere freigelegt und nach Lage des Falles Nephrotomie oder Nephrektomie ausgeführt werden. Schottelius (Hamburg).

24) **Otto Hess. Experimentelle Untersuchungen über die Bakterium coli-Infektion der Harnorgane.** (Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XXVI. Hft. 1.)

Die Arbeit schildert Versuche, welche H. anstellte, um beim Kaninchen eine Infektion der Harnorgane mit Bakt. coli zu erzeugen. Besonders will Verf. die »durch's Bakt. coli Escherich gesetzten Veränderungen studieren und feststellen, unter welchen Bedingungen und auf welchem Wege eine Schädigung hauptsächlich der Nieren und des Nierenbeckens zustande kommt«. Verf. hält durch seine Experimente den Beweis für erbracht, »daß das Bakt. coli beim Kaninchen zu den pathogenen Mikroorganismen zu rechnen ist, und daß es besonders auch im Harnapparat desselben tiefgreifende Veränderungen hervorrufen kann. Stauung oder geringe Veränderungen im Harnapparat begünstigen eine Coliinfektion und gestalten dieselbe schwerer«.

Die Mikroorganismen streben vom Nierenbecken aus nicht nur in den Kanälchen, sondern auch in den Lymphbahnen der Niere nach aufwärts. Infolge der Schädigung der Nierenbeckenschleimhaut scheinen die Bakterien in die Gefäße und somit in den allgemeinen Kreislauf gelangen zu können. — Betreffs Einzelheiten ist ein Nachlesen des Originals zu empfehlen.

Kurt Hanusa (Kiel).

25) **H. Stern (Neuyork). Der klinische Nachweis der Chylurie.** (Med. record 1913. Nr. 22. p. 967.)

Bei Albuminurie sind Nierenstörungen oft mit Sicherheit auszuschließen. In solchen Fällen (A. cystica, A. adolescent. usw.) ist Verf. der Ansicht, daß das Eiweiß nicht aus dem Blute, sondern aus der Lymphe stammt. Chylus und Lymphe zeigen nur im Stadium der Verdauung Unterschiede, sind im übrigen aber klinisch identisch, der Albumingehalt ist in Blutplasma und Lymphe ungefähr gleich. Bei Störungen des intestinalen Lymphsystems kann infolge hohen Drucks in den großen Lymphgefäßen die Lymphe durch kleinere Gefäße ihren Weg nehmen und in irgend einem Teile des Harnsystems auftreten. Bei Fehlen entzündlicher

Digitized by Google

Erscheinungen von seiten der Niere spricht eine intermittierende Albuminurie mit geringem Leukocytengehalt für Lymphurie, die besonders bei Obstipation, Lymphadenie, vergrößerten Tonsillen, Anämie, allgemeiner Körperschwäche wahrscheinlich ist. Schottelius (Hamburg).

26) **B. G. R. Williams** (Paris, Illinois). **Beobachtungen über das klinische Bild der schmerzhaften Oxalurie.** (Med. record 1913. Nr. 24. p. 1876.)

Klinische Symptome, die auf Ureter- oder Nierenbeckensteine deuten, können durch Oxaluria dolorosa infolge Kalziumoxalatgehalts des Urins hervorgerufen werden. Wenn der Gesamtgehalt an Oxalsäure auch oft die Norm nicht überschreitet, so lassen sich doch in diesen Fällen im frisch entleerten Urin Oxalsäurekristalle mikroskopisch nachweisen. Die Diagnose kann natürlich erst bei röntgenologischem Ausschluß von Ureter- und Nierensteinen gestellt werden. Die vorwiegend diätetische Behandlung hat in der Zufuhr reichlicher Wassermengen und Milch, reichlichem Genuß von Fleisch, Fisch, Salat, Eiern, mäßigem von Brot, Bohnen, Kartoffeln, Käse, Butter und Verbot von Zucker, Tomaten, Kakao, Tee, Spargel, Spinat, Pflaumen, Essig usw. zu bestehen.

Schottelius (Hamburg).

27) **V. C. Pedersen** (Neuyork). **Hämaturia.** (New York med. journ. 1913. Nr. 18. p. 906.)

Für Allgemeinpraktiker bestimmte Arbeit, in der die mannigfachen Ursachen und Quellen einer Hämaturie, der Nachweis des Blutes sowie der Ursprung der Blutung besprochen wird.

Die Notwendigkeit des Ureterenkatheterismus wird illustriert an der Hand eines Falles, bei dem syphilitische Blasenulcera diagnostiziert waren, und eine antiluetische Behandlung mit anscheinendem Erfolg eingeleitet wurde, der Pat. sich weiterer Beobachtung entzog und ein Jahr später an Hypernephrom zugrunde ging. Bei Nachweis einer Blasenblutung muß also renale Hämaturie stets ausgeschlossen werden.

Bei einseitiger Nierentuberkulose empfiehlt sich Nephrektomie, wobei der Ureter möglichst tief exstirpiert und der Stumpf kauterisiert werden soll. Der Ureter ist in solchen Fällen meist verdickt, seine Mündung gewulstet, das Lumen schlecht für Katheter passierbar.

Renale Hämaturie ist bei Pat., die in den Tropen gelebt haben, auf parasitären Ursprung (Echinokokkus, Distoma haematobium) verdächtig.

Ohne exakte, nötigenfalls mit Hilfe des Cystoskops, Skiagramms, der Mikroskopie und des Tierversuchs gestellte Diagnose ist eine erfolgreiche Therapie nicht möglich. Da Hämaturie häufig das erste manifeste Symptom schwerer, progredienter Erkrankungen ist, muß die Quelle der Blutung unverzüglich festgestellt werden. Schottelius (Hamburg).

28) **B. S. Barringer** (Neuyork). **Nierenstein mit Ureterokele auf der entgegengesetzten Seite.** (Interstate med. journ. 1913. April.)

Ureterokele (die Dilatation des intravesikalen Ureterabschnittes) ist meist auf angeborene Veränderungen am Ureterostium zurückzuführen. Man kann im Cystoskop sehr schön beobachten, wie bei jeder Ureteraktion die Cyste sich füllt und vorwölbt. Das Ureterostium ist nur für feinste Katheter passierbar. In jedem Fall ist die Operation (einfache Inzision des Ureterostiums) angezeigt, da eine deutliche cystische Vorwölbung bereits eine Stauung im Nierenbecken anzeigt. Bei Unterlassung der Operation kann es zur Entstehung einer Hydro-

Digitized by Google

(Pyo-)nephrose kommen. In dem hier mitgeteilten Falle wurde die Ureterokele zufällig entdeckt. Das Weitere ergibt sich aus dem Titel. Jaschke (Gießen).

29) **W. E. Lower (Cleveland). Konservativ-chirurgisches Vorgehen bei der Nierensteinoperation.** (Clevel. med. journ. 1913. April.)

Die viel gebräuchliche Nephrotomie bei Nierensteinen ist zugunsten der Pyelotomie einzuschränken. Vier Gründe sprechen hierfür. Bei der Nephrotomie besteht die Gefahr der Nachblutung. Zweitens folgen in ca. 18% infizierte, persistierende Urinfisteln nach. Drittens ist bei infizierter Niere die Steinrezidivgefahr sehr groß, und viertens fällt der Effekt einer chronischen Eiterung auf den Gesamtorganismus und die Nieren schwer ins Gewicht. Statt der Nephrotomie ist in Fällen, wo die Steine durch Pyelotomie nicht erreicht werden können und es sich um zahlreiche Steine mit Infektion handelt, die Nephrektomie auszuführen.

Sieber (Grunewald-Schmargendorf).

30) **H. D. Furniss (Neuyork). Eingeklemmte Uretersteine durch Fulguration gelöst.** (Journ. amer. med. assoc. 1913. Nr. 20. p. 1534.)

49jährige Pat., vor 11 Jahren heftige Schmerzattacke rechts in der Lendengegend, die von Hämaturie und konkrementhaltigem Urin begleitet war. Eine zweite Attacke vor 3 Monaten, seitdem Schmerzen, Pyurie, Hämaturie.

Radiogramm undeutlich.

Vaginal rechts in der Blase ein kleiner, derber Tumor, der cystoskopisch als taubeneigroßes, flach aufsitzendes Papillom, umgeben von bullösem Ödem imponiert und als solches diagnostiziert wird.

Therapie: Zweimalige D'Arsonvalisation in 3tägigem Abstande, worauf sich im fulgurierten Gebiet cystoskopisch ein großer, schwarzer, rauher Stein präsentiert, der durch Lithotripsie entfernt wird.

Ein Jahr darauf wieder zwei Steine in der Blase.

Empfehlung der Fulguration zur Loslösung im Ureterostium festsitzender Steine.

Schottelius (Hamburg).

31) **G. Wherry (Cambridge). Ein Fall von großem Ureterstein und einige andere ähnliche Fälle.** (Brit. med. journ. 1913. Mai 17.)

Bei einem 16jährigen Mädchen traten Anfälle von Fieber mit Leibschmerzen auf. Der Urin enthielt Blut und Eiter; rektal wurde rechts vom Uterus eine harte Masse festgestellt, welche fixiert war, doch keinen Zusammenhang mit dem Uterus zeigte. Röntgenbild wies auf Uretersteine hin. Die Temperatur stieg allmählich auf 40,2° C. Laparotomie in Beckenhochlagerung. Medianschnitt. In dem Beckenabschnitt des rechten Ureters fanden sich zwei große Steine, welche sich weder auf- noch abwärts schieben ließen. Abklemmen des Ureters, Entfernung der Steine durch Inzision, etwas purulenter Urin wurde ausgetupft. Catgutnaht. Horizontallagerung zur Prüfung der Naht. Schluß der Bauchhöhle ohne Drainage. Die Maße beider Steine zusammen waren $6^1/_4 : 2^1/_2$ cm, ihr Trockengewicht betrug $18^1/_2$ g. Heilung.

27jährige Pat. hatte Steine in beiden Nieren. Rechts verlief die Operation ohne Schwierigkeiten. Genesung. Links aber fand sich eine große Abszeßhöhle und der im Ureter steckende Stein konnte von der Lende aus nicht erreicht werden. Drainage. Später wurde intraabdominal der Stein in die Höhe geschoben und von der Lende aus entfernt. Heilung.

Bei einem weiteren sehr vorgeschrittenen Falle wurden zahlreiche Steine und eine Menge Eiter entleert, doch erlag die Pat. 9 Tage danach der Operation ihrer Kachexie.

Mitteilung zweier weiterer Fälle. Sieber (Grunewald-Schmargendorf).

Digitized by Google

32) **Eiji Habuto. Ureter- und Blasenverletzungen bei Uteruskarzinomoperationen.** Inaug.-Diss., München, 1913.

Kurze Literaturübersicht. Bei 275 Totalexstirpationen, die wegen Uteruskarzinom an der Universitäts-Frauenklinik München vorgenommen wurden, wurde 2mal der Ureter und 4mal die Blase verletzt. Von den 4 Blasenverletzungen heilten 3 per primam intentionem, 1 Fall bedingte eine zweite Operation. Von den 2 Ureterverletzungen ist 1 Fall primär geheilt, im zweiten Fall erfolgte 6 Tage post operationem der Exitus. O. Eisenreich (München).

33) **B. Lewis (St. Louis). Wo ist der Fundus vesicae?** (Journ. amer. med. assoc. 1913. Nr. 23. p. 1765.)

Verf. erinnert daran, daß der Ausdruck »Fundus« von Klinikern oft fälschlich für die oberen Partien der Blase (entsprechend dem Uterus) angewandt wird. Der »Fundus« ist anatomisch der tiefstgelegene Teil des Organs oder die Basis.

Schottelius (Hamburg).

34) **H. D. Furniss (Neuyork). Ein Gazetupfer aus der Blase entfernt, ein weiterer von der Vagina aus, 8 Monate nach einer Dührssen'schen Prolapsoperation.** (Journ. amer. med. assoc. 1913. Nr. 24. p. 1879.)

Analog den von Kermauner und Stoeckel beschriebenen Fällen wurde der Fremdkörper diagnostiziert und in Knie-Ellbogenlage durch Kelly'sches Spekulum entfernt (5 Monate p. op.). 3 Monate später wurde ein weiterer Tupfer aus der Kolpotomiewunde extrahiert. Heilung. Schottelius (Hamburg).

35) **J. D. Speid Sinclair (Walsall). Großes Fibromyom der Blase.** (Brit. med. journ. 1913. April.)

44jährige Frau litt seit 3 Monaten an Urinretention, Blasenschmerzen und Hämaturie, an letzterer seit einer Woche. Vaginal wurde normaler Uterus und vor ihm ein großer, harter Tumor festgestellt. Dilatation der Urethra zur Austastung der Blase. Der Tumor füllte die ganze Blase aus und war in der Trigonumgegend fest fixiert. Sectio alta. Nach Ligatur des Stieles wurde der faustgroße Tumor entfernt. Er bestand aus Myomgewebe ohne Degenerationszeichen.

Sieber (Grunewald-Schmargendorf).

36) **Leo Buerger (Neuyork). Ein Beitrag zur Kenntnis vom Ulcus simplex vesicae.** (Fol. urolog. Bd. VII. Nr. 9. 1913.)

Verf. unterscheidet ein einfaches, oberflächliches und ein tiefsitzendes, chronisches kallöses Blasengeschwür.

Für jede Form führt er je zwei Beispiele an. Der erste Pat. kam wegen starker Hämaturie zum Arzt. Als Ursache fand sich ein dreieckiges Ulcus in der Nähe der linken Uretermündung. Da Tuberkulose und Lues ausgeschlossen werden konnten, kam nur eine akute Cystitis, die kurz vorher bestanden hatte, ätiologisch in Betracht. Ein zweiter Fall mit Ulcus hatte wahrscheinlich bei einer früheren Cystoskopie eine Blasenverbrennung erlitten. Heilung im ersten Falle durch Fulguration, im zweiten durch Merkurialinjektionen.

Die klinischen Merkmale bei den chronischen, einfachen Geschwüren bestehen in Dysurie, Harndrängen, Miktion mit blutigem und eitrigem Urin. Verf. glaubt, daß die chronische Cystitis und die Schrumpfblase häufig die Folge einer solitären Ulzeration sind. Die rascheste Heilung erfolgt durch Exzision der ulzerierten Fläche, am besten vermittels des vom Autor ersonnenen Operationscystoskops und einer Zange mit tassenförmigen Fängen (Abbildung).

Linzenmeier (Berlin).

Digitized by Google

37) **Leo Buerger** (Neuyork). **Intravesikale Diagnose und Behandlung mit Beschreibung neuer Instrumente.** (New York med. journ. 1913. Nr. 17. p. 857.)

Ausführliche, durch Illustrationen erläuterte Beschreibung eines Operationscystoskops mit verschiedenen, auswechselbaren Instrumenten.

Schottelius (Hamburg).

38) **C. G. Buford** (Chicago). **Große Urethralkarunkel bei einem 9jährigen Mädchen.** (Journ. amer. med. assoc. 1913. Nr. 17. p. 128.)

Infolge eines Falles blutige Absonderung an der Vulva. Nach vergeblicher Behandlung durch Ärzte Aufnahme in das Kinderhospital. Hier Entfernung eines zwischen den kleinen Labien eingepreßten, $^1/_4$ Zoll in die Urethra hinaufreichenden Tumors, der histologisch als chronisches Granulom erkannt wurde. Der Urethraldefekt wird durch Vernähen der Wundränder mit der äußeren Haut geschlossen. Heilung. Subjektive Beschwerden, Tenesmus und Schmerzen beim Urinieren, sonst häufige Symptome einer Karunkel, fehlten; ätiologisch wurden Gonokokken nachgewiesen. Schottelius (Hamburg).

Extrauteringravidität.

39) **H. Füth** (Köln). **Über die Differentialdiagnose der Blutungen bei unterbrochener Tubarschwangerschaft und bei frühem uterinem Abort.** (Med. Klinik 1913. Nr. 21.)

F. will, da häufig die extrauterine Gravidität nicht erkannt und wegen Blutungen bei ausbleibenden Menses curettiert wird, die Differentialdiagnose für den praktischen Arzt darstellen. Zuerst führte er fünf eigene Fälle an, in denen die Fehldiagnose zu falschem Handeln und schweren Komplikationen geführt hatte. Er weist wie Werth darauf hin, daß die Anamnese hier von eminenter Bedeutung ist (Gonorrhöe, gestörte Wochenbetten, Schmerzen von Beginn der Schwangerschaft an, endlich Steigerung solcher Schmerzen, die infolge von Entzündungen schon vorher bestanden hatten). Der objektive Befund ist unklar, der Uterus fühlt sich bei normalem und ektopischem Sitz in der ersten Zeit gleich groß und weich an. Ist ein einseitiger Adnextumor vorhanden (Doppelseitigkeit spricht von vornherein gegen Extrauteringravidität), so ist daran zu denken, daß es sich auch um frische Pyosalpinx handeln kann, da auch bei diesen die Menses ausbleiben können. Hier müssen die Blutungen zur Diagnose mit herangezogen werden, da neben dem Schmerz Dauerblutung eine der charakteristischen Erscheinungen ist. Diese setzen entweder zum richtigen Zeittermin der Menses, im Intervall oder nach ein- oder mehrmaligem Ausbleiben der Menses ein, und nehmen dann den Charakter der Dauerblutung an. Der intrauterine Abort verläuft in der Regel einzeitig. Winter lobt die Sonde zur Feststellung eines intrauterinen Aborts (fühlbare Rauhigkeiten), doch muß man hiermit sehr vorsichtig sein, um Schädigungen und Infektionen eines noch vorhandenen Fruchtsackes zu vermeiden. Auch das abgehende Blut läßt sich zur Deutung heranziehen. Gerinnungsbildung spricht für intrauterinen Abort. Langdauernde, schwache Blutungen bei Extrauteringravidität führen selten zur Gerinnselbildung. Blutungen bei extrauteriner Gravidität sind dunkel, bei intrauteriner hell. Gehen Häute ab, so muß man an Dysmenorrhoea membranacea, intra- und extrauterinen Abort denken: bei intrauterinem ist der Eisack vorhanden (voll oder leer), bei extrauterinem nur die Decidua. Die Abderhalden'sche Methode sagt leider nichts darüber, ob Placentarreste im Uterus oder in der Tube sitzen. H. Köhler (Kiel).

Digitized by Google

40) **Mühsam** (Berlin). **Die Diagnose und Therapie der Extrauteringravidität, zugleich Mitteilungen über eine lückenlose Serie von 100 operativen Heilungen.** (Therapie der Gegenwart 1913. Mai. p. 199.)

M. bespricht auf Grund der in den letzten 5 Jahren im Krankenhaus Moabit behandelten 145 Fälle eingehend die auf seiner chirurgischen Abteilung herrschenden Ansichten und Behandlungsmethoden der Extrauteringravidität. Aus der lesenswerten, aber schwer zu referierenden Arbeit sei folgendes hervorgehoben:

M. spricht sich bezüglich der Ätiologie für den Zusammenhang mit gonorrhoischen Affektionen oder anderen entzündlichen Affektionen (Tuberkulose) aus.

Es überwiegen die Altersklassen vom 26.—35. Lebensjahr erheblich; ebenso die Mehrgebärenden. Bestätigung der ev. auch diagnostisch wichtigen Tatsache, daß eine Tubargravidität nach längerer kinderloser Pause entsteht.

Betonung der großen Schwierigkeit, Tubenruptur und Tubenabort diagnostisch zu trennen.

Empfehlung der Douglaspunktion als oberstes diagnostisches Hilfsmittel. M. hat sie von 145 Fällen 124 mal ausführen lassen und 117mal mit positivem Erfolge. Die Punktion sei ungefährlich, wenn sie nur vorsichtig in der Mittellinie und mit dünner Kanüle ausgeführt werde. Durch Fowler'che Beckentieflagerung erzielte er oft noch positive Resultate, wenn anfangs kein Erfolg der Punktion zu konstatieren war. Urobilinnachweis gebe in fieberfreien Fällen ein wichtiges Anzeichen für Tubargravidität. Leukocytose sei kein absolut sicheres Zeichen. In Tubargravidität-verdächtigen Fällen wurde sie beobachtet und oft wurde durch spätere Blutungen (Kollapse) die Operation erzwungen. M. hat im allgemeinen per laparotomiam operiert, bei knapper Zeit mit Längs-, sonst mit Pfannenstiel'schem Fascienquerschnitt. Auf die Blutentfernung aus dem Abdomen lege er keinen Wert. Kein Austupfen, kein Ausspülen. Im allgemeinen keine Tamponade (Besprechung der Ausnahmen). — Nach der Operation Beckentieflagerung. Exzitantien gibt M. nicht eher, als bis die Pat. fertig zur Operation auf dem Tisch liegen. Als stärkstes Analeptikum wählte er 1 ccm Adrenalin intravenös. Mit diesen Prinzipien konnten seit 1. Mai 1909 lückenlos 108 Tubargravidität operativ geheilt werden. — Abwartende Therapie oder medikamentöse Injektionen verwirft M. — Wenn irgend möglich ließ M. am 3.—4. Tage post operationem aufstehen. — Zweimal beobachtete er Rezidive, einmal Doppelseitigkeit der Tubargravidität.

Hesse (Greifswald).

41) **G. Bertoloni** (Perugia). **Ein frühes Symptom von Extrauteringravidität.** (Ginecologia 1912. Nr. 8.)

Der Verf. illustriert durch eine eigene Beobachtung die Angabe von Solowij, daß der Befund einer pastösen Ausfüllung des bei einer früheren Untersuchung frei gefundenen Douglas ein frühes Zeichen von Abort oder Ruptur sein kann.

Küster (Breslau).

42) **F. Strina** (Novara). **Elf in der Klinik operierte Fälle von Extrauteringravidität.** (Ginecologia 1912. Nr. 14.)

Das Operationsmaterial wurde einer genauen mikroskopischen Untersuchung unterzogen. Die Resultate, die hier lediglich wiedergegeben werden können, waren etwa folgende. Für die ektopische Eieinbettung gibt es nicht eine einzige, sondern mehrfache, von Fall zu Fall variierende Ursachen; auch die Symptomatologie hat wenig konstante Daten, manche Individuen haben sehr wenig Symptome.

Histologisch ist die Ursache der tubaren Eiansiedelung nicht immer auffindbar; immer bestehen entzündliche Prozesse auf der nicht graviden Seite; Ent-

Digitized by Google

zündungen in der graviden Tube sind wahrscheinlich nur Folge der Eieinpflanzung. Die Blutung, auch wenn sie begrenzt ist, ist nie eine einzige, sondern stets wiederholt, was aus der Schichtung von Blut in verschiedenen Stadien der Resorption hervorgeht.

Von einer wahren, eigentlichen decidualen Reaktion der graviden Tube kann man nicht reden, wohl aber findet sich einfache Epithelwucherung, welche der bei Salpingitis vollkommen gleich ist; ev. kann man von der Bildung einer Dicidua serotina reden, ohne daß gleichzeitig eine Vera oder Reflexa vorhanden ist, weil nur dort, wo das Ei sich einsenkt, zellige Elemente erscheinen, die ihrem Aussehen nach genügend den Deciduazellen im Uterus sich nähern.

Die Beziehungen zwischen Tube und Ei sind die gleichen, wie zwischen Uterus und Ei. Die Muskelwand der Tube verhält sich von Fall zu Fall verschieden.

Die Ursache der Tubenruptur ist nicht einheitlich; in der anatomischen Struktur der Muskelwand können sich Modifikationen finden, die zur Ruptur prädisponieren.

Als Richtungslinie für die Therapie gilt die Erkenntnis, daß zwar das ergossene Blut vollständig eingekapselt werden kann, so daß das Leben der Frau nicht mehr gefährdet ist, daß aber diese Einkapselung selbst Quelle von Störungen werden kann. Daher ist das beste ein frühzeitiger Eingriff, der vom Abdomen aus vorgenommen werden soll. Küster (Breslau).

43) **O. V. Huffmann. Ektopische Schwangerschaft, verbunden mit anormalen Tuben.** (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. XVI. Nr. 5. p. 548 bis 551. 1913.)

Verf. berichtet über einen Fall von ektopischer Schwangerschaft, welcher infolge der anormalen Gestaltung der Tuben seiner Ansicht nach zur Aufklärung des Zustandekommens der ektopischen Schwangerschaft überhaupt beizutragen imstande ist. Der Grund, weshalb man über das Zustandekommen bisher so wenig weiß, ist, wie bekannt, die Tatsache, daß man die Fälle nicht in ganz früher Zeit zu Gesicht bekommt, und daß das Bild durch Blutungen, Verwachsungen und Zerreißungen verändert ist, wenn es zur Autopsie kommt. Die Pat., um die es sich hier handelte, starb infolge von Tubenruptur. Der Sektionsbefund zeigte, daß das Ei in den Isthmus der linken Tube eingebettet war, es entsprach in seiner Größe ungefähr der 6. Woche, das Fimbrienende der linken Tube berührte das Ovarium, welches ein großes Corpus luteum trug. Innerhalb der Tube fand sich kein Blut, nur in der Umgebung einige zarte Adhäsionen. An der hinteren Fläche der Tube zeigte sich eine kleine Ruptur, von der die eigentliche Blutung ausgegangen war. Der Uterus leicht vergrößert, die Schleimhaut 0,5 cm dick. Der bemerkenswerteste Befund ist, daß neben jeder der beiden anscheinend normalen Tuben zwei rudimentäre vorhanden sind, welche dicht am Fimbrium abgehen und 1 cm lang sind. Beide haben eigene Fimbrienenden, aber keine Verbindung mit dem Lumen der großen Tuben. Man muß also annehmen, daß hier im embryonalen Alter zwei Müller'sche Gänge vorhanden waren. Von den Teilen, welche eigentlich einen zweiten Uterus mit Adnexen bilden sollten, sind als Implantationsflächen nur die Tubenreste übrig geblieben, und die eine hat dem Ei die Implantation gestattet. Die accessorischen Tuben sind ein seltener Befund und wurden von Doran unter 1000 Fällen von Mißgestaltungen in 0,6% der Fälle gefunden. In der Mehrzahl der Fälle machen die Hämorrhagien es unmöglich, Anomalien zu konstatieren. Nur in 9 Fällen gelang es dem Verf. Er fand in einem Fall 4 accessorische Ostien, in einem Falle mehrere kleien Cysten am Fimbrienende. Einmal ein accessorisches Ostium neben dem Fimbrienende, einmal eine anormale, rudimentäre Tube

Digitized by Google

an der Vorderfläche des Lig. latum, verbunden mit 3 überzähligen Ovarien, in 2 Fällen accessorische Tuben, während die befruchteten normales Aussehen hatten, und verschiedene mit käsigen Massen angefüllte Cysten, deren eine sich als Parovarialcyste von 5 cm Durchmesser darstellte; bei 3, anscheinend normalen Tuben fand sich einmal eine Ovarialcyste von 5 cm Durchmesser, so daß also in mehr als 50% der Fälle Mißbildungen vorhanden waren. Das Vorkommen einer Ovarialgravidität hält Verf. mit Webster für nicht bewiesen. Siefart.

44) **H. Pausot. Hämatokele des Ligamentum latum durch Ruptur tubarer Schwangerschaft.** (Rev. prat. d'obst. et de paed. 26. Jahrg. Nr. 286.)

Bericht über 4 Fälle von Hämatom des Ligamentum latum, von denen 3 sicher, das 4. wahrscheinlich durch Ruptur einer tubaren Gravidität entstanden sind. Drei dieser Hämatome gingen von selbst zurück, nur in einem Falle wurde die Operation nötig. Bezüglich der Behandlung der Hämatome steht P. auf dem Standpunkt, daß man zunächst abwarten soll, da dieselben gewöhnlich nicht so groß werden, daß eine bedrohliche Anämie eintritt, und da sie andererseits meist sehr schnell resorbiert werden. Er empfiehlt die Ausräumung der Blutgerinnsel, Resektion der Tube und eventuelle Drainage der Höhle nach der Vagina hin.

Hohl (Bremerhaven).

45) **E. Macdonald und A. Krieger (Neuyork). Bilaterale und multiple ektopische Schwangerschaft.** (Journ. am. med. ass. 1913. Nr. 23. p. 1767.)

Die verschiedenen Möglichkeiten und Kombinationen in- und extrauteriner Zwillingsschwangerschaften werden erörtert und zwei selbstbeobachtete Fälle von bilateraler Extrauteringravidität (in beiden Tuben ein Fötus) und doppelter Extrauteringravidität (linke Tube gravid, rechts den Adnexen anliegend ein Fruchtsack mit 2,5 cm großem Fötus) mitgeteilt. Schottelius (Hamburg).

46) **Bauer (Hilversum). Ein Fall von ausgetragener extrauteriner Schwangerschaft.** (Nederl. Maandschr. v. Verlosk. en Vrouwenz. en v. Kindergeneesk. 1912. Nr. 3.)

Pat. stellte sich dem Verf. im 7. Schwangerschaftsmonat zum ersten Male vor. Lebendes Kind; die Lage außerhalb der Gebärmutter war unschwer festzustellen. Die Operation wurde in Aussicht genommen für einen Zeitpunkt etwa 14 Tage vor dem mutmaßlichen Ende der Gravidität. Eine Woche vorher starb aber das Kind ab; daher wurde die Operation auf 5 Wochen verschoben. Sodann mediane Laparotomie. Das Kind lag frei in der Bauchhöhle, die Placenta inserierte auf der Hinterseite des Uterus und des Ligam. latum, ließ sich sehr leicht und ohne größeren Blutverlust lösen. Drainage. Glatte Heilung.

van Hoytema (Leiden).

47) **Coldevini (Bologna). Über einen Fall von anormaler Schwangerschaft in mißgebildetem Uterus.** (Rassegna d'ostetricia etc. 1912. Nr. 4. p. 242.)

Erste Schwangerschaft im rechten Horn eines Uterus duplex, zweite im atretischen linken Horn mit Ruptur geendet. Küster (Breslau).

Originalmitteilungen und Referate für das Zentralblatt wolle man an *Prof. Dr. W. Stoeckel* in Kiel, Monographien, Sonderdrucke und Bücher-sendungen an *Prof. Dr. W. Stoeckel* oder an die Verlagshandlung von *Johann Ambrosius Barth*, Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. W. Stoeckel in Kiel.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Digitized by Google

Zentralblatt für Gynäkologie

begründet von HEINRICH FRITSCH

herausgegeben von

WALTER STOECKEL in Kiel.

37. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 35. Sonnabend, den 30. August 1913.

Inhalt.

Originalien: I. **Brennecke**, Die Vereinigung zur Förderung der Wöchnerinnenasyle und ihrer sozialhygienischen Bestrebungen. — II. **Schwarzwäller**, Über den Kegelkugelhandgriff. — III. L. **Naumann**, Eine Vorrichtung zur aseptischen Einführung der Hand in den Uterus.

Neue Bücher: 1) **Couvelaire**, Chirurgie des puerperalen Uterus.

Berichte: 2) Geburtshilflich-gynäkologische Gesellschaft in Wien. **Duffek**, Kottumor. — **Latzko**, Spina bifida occulta; Abszesse in einem Myom; Gehirnabszeß. — **Frankl**, Apparatur zur Röntgentherapie.

Radiologie: 3) **Butcher**, Röntgen- und Radiumtherapie. — 4) **Bainbridge**, Fulguration und Thermoradiotherapie. — 5) **Gudzent**, Einwirkung auf das Blut. — 6) **Zimmern, Cottenot** und **Parlaux**, Behandlung der Neuralgien. — 7) **Werner**, 8) **Gauss**, 9) **Pfahler**, 10) **Ostreil**, 11) **Wertheim**, 12) **Pfahler**, Behandlung von Blutungen und Geschwülsten.

Puerperalfieber: 13) **Winter**, 14) **Gillmore**, Behandlung. — 15) **Brandt**, Selbstinfektion. — 16) **Chabrun**, Temperaturerhöhung unter der Geburt. — 17) **Harrigan**, Intramuraler Abszeß. — 18) **Brix**, Puerperale Sepsis. — 19) **Arnold**, Uterusspülung. — 20) **Bleynie**, Behandlung mit Salvarsan. — 21) **Schmidlechner**, Bakteriologische Untersuchung.

Sterilität und Sterilisierung: 22) **Reynolds**, Behandlung der Sterilität. — 23) **Pineau**, Stomatoplastik. — 24) **de Tarnowsky**, Tubare Reimplantation. — 25) **Blumberg**, Sterilisierung mit späterer Wiederherstellung der Fruchtbarkeit. — 26) **Williams**, Metranoikter. — 27) **Sterner**, Schwangerschaft nach Tubenunterbindung. — 28) **Pozzi**, Mathushebamme.

Darm: 29) **Fonyó**, Appendicitis. — 30) **Bogdanovitsch**, Appendix und weibliche Genitalien. — 31) **Haagn**, 32) **Narath**, Appendektomie. — 33) **McWilliams**, Appendixoperationen. — 34) **Hartwell**, Peritonitis nach Appendicitis. — 35) **Buchbinder**, Ruptur der Appendix. — 36) **Hughes**, Tetanie bei eitriger Appendicitis. — 37) **Leriche**, Magen-Duodenalverschluß. — 38) **McConnell**, Darmverschluß. — 39) **Woolsy**, 40) **Sweetser**, Postoperativer Ileus. — 41) **Myers**, Rektale Blutungen. — 42) **Schilling**, Koprolithen.

I.

Mitteilung über:

Die Vereinigung zur Förderung der Wöchnerinnenasyle und ihrer sozialhygienischen Bestrebungen.

Von

Dr. Brennecke, Magdeburg.

Einer Anregung des ärztlichen Leiters des Wöchnerinnenheims der Heilsarmee in Charlottenburg, Dr. Pulvermacher, ist es zu danken, daß am 13. Mai d. Js., am Vortage des Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie in Halle a. S., eine Versammlung Deutscher Wöchnerinnenasyldirektoren stattfand, die sich als dauernde Vereinigung auf Grund folgender Beschlüsse konstituierte:

»Es wird eine zwanglose Vereinigung gebildet zur Förderung der Wöchnerinnenasyle und ihrer sozialhygienischen Bestrebungen.

Die Zusammenkünfte finden statt am jedesmaligen Vortage des Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie. — Eintritt in die Ver-

Digitized by Google

einigung und Austritt aus derselben geschieht durch einfache Meldung. Die Höhe des Jahresbeitrags der Mitglieder beträgt 5 Mark. — Schriftführer: Dr. Pulvermacher; Vorsitzender: Dr. Brennecke. — Bei der nächsten Zusammenkunft soll die Frage behandelt werden: Welches sind die Ziele und Aufgaben der Wöchnerinnenasyle? Referent: Brennecke.«

War es in unserer ohnehin so vereinsreichen Zeit nötig oder auch nur wünschenswert, mit dieser neuen Vereinigung hervorzutreten? Das ist die Frage, die sich zunächst wohl jedem aufdrängt. Nun, ich hoffe, daß unsere Vereinigung je länger je mehr den Beweis dafür erbringen wird, daß sie einem wirklichen Bedürfnis entspricht, und daß sie eine schon seit Jahrzehnten fühlbare Lücke in der Entwicklung der Geburtshilfe — oder richtiger, der Geburts- und Wochenbetts- und Säuglingshygiene — auszufüllen berufen ist.

Als Wissenschaft findet die Geburtshilfe ausgiebige Förderung an den Universitäts-Entbindungsanstalten und hat ihren Sprechsaal in der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie. Die engeren Interessen des Hebammenwesens werden von den Hebammenlehranstalten und der seit 11 Jahren bestehenden Vereinigung Deutscher Hebammenlehrer gewahrt. Auf sozialhygienischem Gebiet aber fehlt es der Geburtshilfe bisher an zielbewußt einheitlichem Vorgehen zum Schutze der Mütter und Kinder, und hier eröffnet sich unserer Vereinigung ein weites, noch von keiner geburtshilflich-fachmännischen Gesellschaft genügend beackertes Feld organisatorischer Tätigkeit. Wir haben also nicht zu befürchten, irgend einer der bestehenden Gesellschaften mit unseren Bestrebungen störend ins Gehege zu kommen, hoffen vielmehr in weiten Kreisen nicht nur der engeren Fachgenossen für unser Vorgehen Interesse und rege Unterstützung zu finden. Wir glauben, daß die Zeit reif geworden ist, um den Versuch wagen zu dürfen, in einer besonderen Vereinigung alle die Kräfte zu sammeln, die mit uns der Überzeugung sind, daß wir einer durchgreifenden Reform der geburtshilflichen Ordnung bedürfen, wenn es je gelingen soll, der mit der Mutterschaft verbundenen mannigfachen Not der Frauen, dem dadurch bedingten Massensterben der Säuglinge und dem bedenklichen Geburtenrückgang wirksam entgegenzutreten. Unsere Aufgabe ist nicht theoretisch-wissenschaftlicher — sie ist durchaus praktischer Art; — sie liegt auf dem Gebiete der Sozialpolitik und der Sozialhygiene. Uns gilt es, vom Standpunkt des Geburtshelfers aus den Schäden nachzuspüren und den Notständen des Volkslebens nach Kräften abzuhelfen, die es noch immer unmöglich machen, daß der volle Schutz einer hochentwickelten geburtshilflichen Wissenschaft in praxi entfaltet und jeder, auch der ärmsten Frau während der Schwangerschaft, bei der Geburt, im Wochenbett und in der Laktationsperiode zuteil werden kann. Als die natürlichen Stützpunkte und gewiesenen Zentralen dieser unserer sozialhygienischen Bemühungen um das Wohl der Mütter und Säuglinge betrachten wir die »Wöchnerinnenasyle« (nebenher auch die »Säuglings- und Mütterheime« für Uneheliche), deren Begründung in weit größerer Zahl als bisher anzuregen, eine unserer vornehmsten Aufgaben wird sein müssen. Wie das Wöchnerinnenasyl als das Rückgrat der geburtshilflichen Sozialhygiene seinen vielfachen Aufgaben im Dienst der Mütter und Kinder gerecht zu werden vermag, habe ich des öfteren dargelegt[1]. Hier mag es genügen, auf zwei vortrefflich organisierte Wöchnerinnen-

[1] Siehe »Reform des Hebammenwesens oder Reform der geburtshilflichen Ordnung?« 1904. Magdeburg, Faber'sche Buchdruckerei; und »Der Kampf um die Gesundung der ge-

Digitized by Google

heime hinzuweisen, wie sie jüngst von Dr. Hopmann in Leverkusen und von Dr. A. Keilmann in Riga beschrieben werden[2]. Die mit beiden Instituten sowohl in Hinsicht auf die Wohlfahrtspflege der Mütter wie auf das Gedeihen der Säuglinge erzielten Erfolge sind kaum noch zu überbieten. Sie bestätigen aufs neue die Wahrheit des Wortes, daß allein der Mütter Not der Säuglinge Verderben ist, — daß das Gedeihen wie Verderben der Säuglinge genau dem Maße der Obhut entspricht, das man den Müttern in einer vernünftigen, bzw. unvernünftigen geburtshilflichen Ordnung zuteil werden läßt. Indem wir so mit unseren an die Wöchnerinnenasyle angegliederten Organisationen als Frauenärzte und Geburtshelfer den Mutterschutz, d. h. die Beratung der Schwangeren, die sorgfältige Abwartung der Geburten, die Pflege der Wöchnerinnen und die gewissenhafte Überwachung der Laktationsperiode, in den Brennpunkt unserer sozialhygienischen Bestrebungen rücken, sind wir uns dessen bewußt, damit auch am besten dem Säuglingselend zu steuern, es bei der Wurzel und im Zentrum zu packen. Und eben deshalb glauben wir erwarten zu dürfen, mit allen sonstigen mehr peripherisch an der Überwindung derselben Übelstände arbeitenden Vereinen je länger je mehr in innige Fühlung zu kommen und dahin wirken zu können, daß die Bestrebungen aller dieser Vereine sich mit den unseren zu einer organischen Einheit zusammenschließen, kraft deren die so lange ersehnte Gesundung der geburtshilflichen Ordnung in Stadt und Land endlich herbeigeführt werden wird.

So hoffen wir in erster Linie, unsere Ziele in gutem Einvernehmen mit den auf Reform des Hebammenwesens gerichteten Bestrebungen der Vereinigung deutscher Hebammenlehrer und auch der Vereinigung deutscher Hebammenvereine verfolgen zu können. Denn die Zeiten dürften doch wohl endgültig überwunden sein, da man in jenen Kreisen die Wöchnerinnenasyle glaubte scheel ansehen zu müssen, als vermeintliche Schädlinge der geburtshilflichen Lehranstalten und der Hebammenpraxis. Statt dessen dürfte sich die Überzeugung schon weithin Bahn gebrochen haben, und sie wird sich immer entschiedener Bahn brechen, daß von einer wirklichen Gesundung auch des Hebammenwesens nur dann die Rede sein kann, wenn den Hebammen überall Anschluß und Halt an den mit den Wöchnerinnenasylen zu pflegenden, sozialhygienschen Institutionen einer straff organisierten Frauenhilfe geboten wird. Soziale Reformen verlangen Zeit — viel Zeit und Geduld. Als sich die Vereinigung deutscher Hebammenlehrer im Jahre 1902 auftat, empfahl ich ihr (s. Zentralblatt für Gynäkologie 1902, Nr. 9), sie möge sich zu einer »Vereinigung deutscher Hebammenlehrer und Wöchnerinnenasyldirektoren« erweitern. »Ich würde es bedauern müssen«, so äußerte ich mich damals, »wenn auch die neugegründete Vereinigung deutscher Hebammenlehrer sich darauf beschränken wollte, nur das Hebammen- und Hebammenschulwesen in den Kreis ihrer Beratungen zu ziehen — wenn auch sie nicht Ernst machen wollte mit der Beackerung des ganzen, weiten Feldes der Geburts- und Wochenbettshygiene — eines Feldes, das durch die Wöchnerinnenasyle, durch zahlreiche Frauenvereine und einzelne Kommunalverwaltungen schon urbar gemacht ist, das aber planvoller Mitarbeit der Hebammenlehrer und der Hebammen dringend

---

burtshilflichen Ordnung, in alten und neuen Beiträgen beleuchtet« von Dr. Brennecke 1913. Magdeburg, Lichtenberg und Büchting.

[2] Siehe »Mutter und Kind«, Monatsschrift für Säuglingsfürsorge. 5. Jahrgang Nr. 9. Düsseldorf. »Mutterberatungs- und Säuglingsfürsorgestelle der Farbenfabriken, vorm. Friedr. Bayer und Co., Leverkusen«.

A. Keilmann (Riga), »Geburtshilfe und Säuglingsfürsorge«. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. LXXIII. Hft. 2.

Digitized by Google

bedarf.« Mein Wunsch blieb leider damals unerfüllt. Noch huldigte man in den Kreisen der Geburtshelfer offenbar zu stark der althergebrachten Auffassung der Dinge, dergemäß der Begriff der geburtshilflichen Ordnung sich im wesentlichen mit dem des Hebammenwesens deckte. Noch glaubte man es übersehen zu dürfen, daß die Geburts- und Wochenbetts- und Säuglingshygiene einen sehr viel größeren Apparat, einen festgefügten, vielgliedrigen sozialen Organismus verlangt, in welchem das Hebammenwesen nur ein Organ neben anderen gleichwichtigen Organen darstellt, und daß es nur in lebendiger Wechselbeziehung zu den letzteren sich gesund und lebenskräftig zu entwickeln vermag. Und eben weil man dies übersah, und weil man bei allen bisherigen Reformversuchen auch in den maßgebenden Kreisen der Behörden sich hartnäckig im engen Ring des hergebrachten Hebammenwesens drehte, blieb bis zur Stunde nicht nur das Hebammenwesen, sondern der ganze Organismus der geburtshilflichen Ordnung krank und siech, ein unfertiges Gebilde, ein Schmerzenskind der Hygiene. Hätte man vor 11 Jahren mit aller Entschiedenheit das Programm zur Reform der gesamten geburtshilflichen Ordnung erfaßt, anstatt sich in den von vornherein aussichtslosen Versuchen zur Hebung eines in sich isolierten und darum wurzelkranken Hebammenwesens zu erschöpfen, so hätte es den Geburtshelfern wohl erspart bleiben können, auf ihrem ureigensten Felde sozialer Betätigung — auf dem Felde des Mutter- und Säuglingsschutzes — in so kläglicher Weise ins Hintertreffen gedrängt zu werden, wie wir das in den letzten 9 Jahren dem Ansturm der Pädiater gegenüber haben erleben müssen. Denn bei rechtzeitiger Durchführung einer gründlichen Reform des Hebammenwesens und der geburtshilflichen Ordnung unter gebührender Berücksichtigung der auf pädiatrischem Gebiet erzielten Fortschritte würde sich meiner Überzeugung nach ein Bedürfnis nach Anstellung besonderer Säuglingsfürsorgeschwestern und Wanderlehrerinnen usw. neben einem auch in der Säuglingspflege wohlgeschulten geburtshilflichen Personal zuverlässiger Hebammen und Wochenpflegerinnen niemals fühlbar gemacht und würde der pädiatrische Feldzug auf geburtshilflichem Gebiete sich nimmer vollzogen haben. Indes — wir haben nicht mit Hypothesen, sondern mit Tatsachen zu rechnen. Die Entwicklung der geburtshilflichen Ordnung ist nun einmal andere Wege gegangen, als man es wohl hätte erwarten dürfen. Was die Geburtshilfe an sozialer Fürsorge für die Mütter und Säuglinge bisher unterließ, ist ergänzend und, wie ich annehme, interemistisch von den Pädiatern kräftig in die Hand genommen. Und wenn dabei in Magdeburg auch etwas reichlich Ellbogenpolitik getrieben wurde, so soll den Pädiatern doch der Dank dafür nicht vorenthalten werden, daß sie den Kampf gegen die unerhört hohe Säuglingssterblichkeit so rührig im ganzen Lande aufgenommen, und daß sie eben damit die großen Schwächen und Mängel unserer bisherigen geburtshilfslichen Ordnung und insbesondere des Hebammenwesens aufs neue in grelle Beleuchtung gerückt und Verständnis und Interesse dafür in weiteren Kreisen geweckt haben. Noch glauben die Pädiater vielfach, bei Bekämpfung dieser Volksschäden ihre Sonderwege gehen zu sollen, doch klärt sich die Situation immer mehr, und es steht mit Sicherheit zu erwarten, daß ihre Wege restlos einmünden werden in die seit Jahrzehnten von uns gewiesenen Bahnen zur Reform des Hebammenwesens und der ganzen geburtshilflichen Ordnung. Denn nur auf dieser Grundlage wird von einer sicheren Fundamentierung wie des Mutter-, so auch des Säuglingsschutzgebäudes die Rede sein können, — eine Auffassung, der erfreulicherweise auch in den Kongressen und Zeitschriften »der deutschen Vereinigung für Säuglingsschutz« in den letzten Jahren wiederholt schon klar und bestimmt Ausdruck

Digitized by Google

gegeben ward. Ich zweifle darum nicht, daß wir auch die Pädiater früher oder später als Freunde unserer Vereinigung und als Mitkämpfer in dem großen Ringen um die Gesundung der geburtshilflichen Ordnung werden begrüßen dürfen.

Und endlich die Frauenbewegung. Daß wir für unsere Bestrebungen ein warmes Interesse, rege Mitarbeit und Hilfe bei allen sozial interessierten Frauen und Frauenvereinen der verschiedensten Richtung werden erwarten können, ist im Grunde genommen selbstverständlich. Denn die Gesundung der geburtshilflichen Ordnung in dem weiten Sinne, wie wir sie erstreben, ist nicht nur eine Frauenfrage, sondern, wie ich des öftern schon betonte, die Frauenfrage κατ' ἐξοχήν. Handelt es sich doch hier um die Förderung der höchsten Lebensinteressen jeder gesund empfindenden Frau, — um die Stärkung des Familienlebens durch einen zuverlässig geordneten Schutz der Mütter und Kinder. Den Frauen erschließt sich dabei ein noch unabsehbar weites und fruchtbares Feld sozialer Betätigung — ein echt weibliches Arbeitsfeld, auf dem sie in der mannigfachsten Weise als Helferinnen und Berufsarbeiterinnen aller Art den Beweis dafür erbringen können, daß ihre Mitarbeit im öffentlichen Leben für eine gesunde Kulturentwicklung unseres Volkes ein durchaus unentbehrlicher und wegen seines sittigenden Einflusses nicht hoch genug zu wertender Faktor ist.

So viel zur einstweiligen Orientierung über unsere neue Vereinigung und zur Kennzeichnung der Hoffnungen und Wünsche, die ich persönlich für ihr reformatorisches Wirken hege. Wer das Ziel der Entwicklung der geburtshilflichen Ordnung in gleicher oder ähnlicher Richtung sucht, den bitte ich durch Beitrittserklärung unsere Reihen stärken zu wollen. In der nächsten Zusammenkunft wird sich Gelegenheit bieten, unser Programm eingehender zu erörtern.

II.

Über den Kegelkugelhandgriff.

Von

Dr. Schwarzwäller, Frauenarzt in Stettin.

Der Umstand, daß der zuerst von Liepmann beschriebene Kegelkugelhandgriff in der Geburtshilfe trotz der großen Vorteile, die er bietet, und trotz der Einfachheit, mit der er auszuführen ist, noch immer nicht die Verbreitung gefunden, die er verdient, veranlaßt mich, ihn hier erneut zu empfehlen. Als Beweis, wie wenig bekannt der Handgriff ist, führe ich eine Arbeit in der Münchener med. Wochenschrift vom 22. IV. 1913 von Lehle, die Behandlung der Vorderhauptslagen aus der Königlichen Universitäts-Frauenklinik in München, an, in der dieser Handgriff gar nicht erwähnt wird. Erwähnt wird nur die Anlegung der Zange nach Scanzoni und der Fehling'sche Handgriff, der aber, was die Sicherheit des Erfolges anbetrifft, mit dem Kegelkugelhandgriff gar nicht zu vergleichen ist. Die Technik des Handgriffs findet sich in Liepmann's Seminar beschrieben und ist auch von mir in einem Vortrag im hiesigen Ärzteverein im Jahre 1911 demonstriert worden. Die Hand des Geburtshelfers umfaßt den Kindskopf wie eine Kegelkugel und gibt ihm die turbinale Drehung, bis die kleine Fontanelle unter die Schoßfuge tritt. Die äußere Hand schiebt die vordere Schulter der Drehung des Kopfes entsprechend auf die andere Seite. Bei engen Weichteilen, besonders bei Erstgebärenden, wird meist die Narkose erforderlich sein. Schon ehe der Handgriff veröffentlicht wurde, habe ich denselben häufig

Digitized by Google

angewandt, und zwar habe ich den Griff in den letzten 10 Jahren 18mal ausgeführt, und zwar stets mit gutem Erfolg für Mutter und Kind. Häufig habe ich denselben auch in dieser Zeit Kollegen demonstriert, die von der Einfachheit der Ausführung überrascht waren. In allen Fällen handelte es sich darum, die Geburt zu beenden, und es wurde unmittelbar an den Handgriff die Zange angeschlossen. In drei Fällen habe ich nach vergeblichem Zangenversuch in Vorderhauptslage noch den Kopf drehen und dann leicht in Hinterhauptslage entwickeln können. Das letzte Kind, bei dem ich den Griff anwandte, wog $9^1/_2$ Pfund, ein Beweis, daß der Handgriff nicht nur bei kleinen Köpfen ausführbar ist. Wer einmal eine Zange bei engen Weichteilen oder engen Schambogen in Vorderhauptslage versucht hat, die Schwierigkeiten hierbei kennt und gesehen hat, wie leicht sich diese durch Drehung des Kopfes beseitigen lassen, dem wird der Handgriff unentbehrlich werden. Vor der Zange nach Scanzoni besitzt er den großen Vorzug, daß Weichteilverletzungen wohl so gut wie ausgeschlossen sind, und daß man, worauf Liepmann aufmerksam macht, die Scheide und den rigiden Muttermund zu gleicher Zeit dehnen und letzteren über den Kopf zurückschieben kann.

III.

Zu R. Roosen's Mitteilung:

Eine Vorrichtung zur aseptischen Einführung der Hand in den Uterus.

Von

L. Naumann, Dresden-Blasewitz.

Vor 3 Jahren beschrieb ich einen Apparat, der den Zweck hatte, die zur manuellen Placentarlösung einzuführende Hand vor der Berührung mit den Wänden des Scheideneinganges und der Scheide zu schützen (»Über die Verhaltung der Placenta und ihre manuelle Lösung«, Deutsche med. Wochenschrift 1910, Nr. 8). Zugrunde lag dabei die Idee, daß weder der Gebrauch steriler Gummihandschuhe, noch die sorgfältigste Händedesinfektion uns die gewünschte Asepsis bei der manuellen Placentarlösung sichern so lange die Hand an dem mit Keimen reich beladenen Scheideneingange und den Scheidenwänden vorbei streift und sich hier aufs neue infiziert[1].

Es sei hier nur kurz darauf hingewiesen, daß dieser von mir beschriebene Apparat, wenigstens im Prinzip, derselbe ist, wie der von Roosen im Zentralblatt für Gynäkologie Nr. 31 angegebene. Nur verwendet Roosen statt des von mir empfohlenen Schlauches aus Leinenbatist einen Schlauch aus Gummi und deckt außerdem noch die operierende Hand und den Gummistoff vor dem Einführen mittels einer Leinenmanschette nach außen ab.

An meinem Apparat mißt der Ring und das ihm angefügte breitere Schlauchende etwa 12 cm im Durchmesser. Die operierende Hand hat also innerhalb dieser Zone genügend Spielraum, sich den Weg in die Scheide zu bahnen, und ein seitliches Anstreifen an benachbarte Körperteile der Pat. außerhalb des Ringes halte ich bei einiger Vorsicht für ausgeschlossen. Damit entfällt hier meines Erachtens die Sorge um einen besonderen Schutz der Hand nach außen hin vor dem Einführen oder auch des Schlauches, der übrigens jedesmal unmittelbar vor dem Gebrauche durch Auskochen oder Einlegen in eine desinfizierende Lösung leicht sterilisiert werden kann.

[1] Den Apparat liefert die Firma M. Pech, Dresden, Marschallstr. 2.

Digitized by Google

Neue Bücher.

1) **A. Couvelaire (Paris). Introduction à la chirurgie utérine obstétricale.** Paris, G. Steinheil, 1913.

Das dem Gedächtnis von Varnier gewidmete Werk zerfällt in drei Abschnitte. Der erste behandelt die Operationsanatomie des graviden, kreißenden und puerperalen Uterus. Es werden Sammlungspräparate und Gefrierschnitte aus verschiedenen Pariser Kliniken mit entsprechenden Erläuterungen, zumeist durch Photogramme, reproduziert, die zum Teil sehr instruktiv sind, zum Teil nicht so plastisch und deutlich wirken, daß sie ohne weiteres leicht verständlich werden. Im ganzen aber ist auf 28 Tafeln die Anatomie des Uterus und seine Topographie sehr eingehend und schön dargestellt. Besonders hervorheben möchte ich das Bild, auf welchem eine radiographische Wiedergabe der Spermatica und Uterina mit ihren Verästelungen gezeigt wird. Der zweite Abschnitt betrifft die konservativen Operationen am Uterus während der Schwangerschaft und während der Geburt. Der klassische Kaiserschnitt ist an einer Reihe von Abbildungen sehr gut illustriert. Besonders interessant und instruktiv sind die Abbildungen über die Adhäsionsbildungen an alten Kaiserschnittnarben und insbesondere über die Art der Uterusvernarbung. Bezüglich dieses letzten Punktes wird etwas wirklich Neues und Beachtenswertes geboten. Die dargestellten Narbenrupturen, die Beziehungen der Narbe zur Placenta, die Narben bei wiederholtem Kaiserschnitt, die mikroskopischen Verhältnisse an der Narbenstelle, sowie die Uterus-Bauchdeckenfisteln haben hier eine so eingehende und instruktive Behandlung erfahren, wie bisher in keinem anderen Werk. Dagegen ist die Darstellung des extraperitonealen bzw. cervicalen Kaiserschnittes etwas dürftig. Der vaginale Kaiserschnitt ist ebenfalls nur kurz, aber mit guten Illustrationen erläutert. Die seitlichen Cervixinzisionen bei rigidem Muttermund werden als bedenklich erklärt, aber doch auf einer Tafel dargestellt. Sehr interessant ist ein mikroskopisches Präparat einer rigiden Cervix. Der dritte Abschnitt behandelt die Uterusexstirpation und Amputation am Ende der Schwangerschaft und in der Geburt. An die Spitze ist die alte Porro'sche Operation gestellt, was mehr der Pietät als der Zweckmäßigkeit entsprechen dürfte. Dann folgt auf 5 Tafeln eine gute Darstellung der supravaginalen Amputation des graviden bzw. kreißenden Uterus, so wie sie jetzt allgemein ausgeführt wird. Ein weiteres Kapitel behandelt die Darstellung atypischer Fälle, insbesondere der Uterusamputation bei Uterusruptur, und schließlich wird die Totalexstirpation am uneröffneten Uterus beschrieben. Der ganze Atlas macht den Eindruck der Gediegenheit und wird auch den deutschen Geburtshelfer lebhaft interessieren. Stoeckel (Kiel).

Berichte aus gynäkologischen Gesellschaften.

2) Geburtshilflich-gynäkologische Gesellschaft in Wien.

Sitzung vom 11. Februar 1913.

Vorsitzender: Wertheim; Schriftführer: Regnier.

I. Duffek (a. G.): Kottumor.

Ich erlaube mir, aus dem Bettinapavillon (Latzko) einen Fall vorzustellen, der viel Ähnlichkeit hat mit dem, was mit dem Namen »Hirschsprung'sche Krankheit« und Megakolon bezeichnet wird.

In unserem Falle handelt es sich um eine 33jährige Frau mit schweren Veränderungen des Skelettes infolge von ausgeheilter, tumorbildender Ostitis fibrosa.

Digitized by Google

Die Frau ist seit 15 Jahren bettlägerig. Seit $^1/_2$ Jahre bemerkt sie das Entstehen einer Geschwulst im Bauch, die ihr außer Magendrücken keinerlei Beschwerden machte. Wir fanden einen fast den ganzen Bauch einnehmenden, knolligen, gut beweglichen, nicht empfindlichen Tumor von fast Mannskopfgröße, den wir als Myom ansprachen. Die Pat. litt die ganze Zeit hindurch an hartnäckiger Obstipation, die um so schwerer zu bekämpfen war, da Pat. fast jedes Laxans erbrach und auf Klysma sehr heftige Kolikschmerzen bekam. Die Pat. befand sich in einem elenden Allgemeinzustand, so daß wir sogar an die Möglichkeit eines malignen Neoplasmas dachten. Da die Frau zusehends herabkam, entschlossen wir uns endlich doch zur Operation, die am 3. Januar d. J. ausgeführt wurde.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle stellte sich heraus, daß das innere Genitale vollkommen unverändert war. Der Tumor lag oberhalb des Beckeneinganges, nahm einen großen Teil der Bauchhöhle ein und erwies sich bei näherer Betrachtung als die in ihrem unteren Abschnitt durch mächtige plastische Massen enorm dilatierte Flexur. Die Tumoren waren von verschiedener Größe, die größten ca. faustgroß, und waren voneinander durch kontrahierte Darmpartien rosenkranzartig abgeschnürt. Der Dünndarm war enorm kontrahiert, vogeldarmähnlich.

Unter solchen Umständen stand die Diagnose Kottumor fest. Wir wälzten die ganze Flexur, die weit über $^1/_2$ m lang war, vor die Bauchhöhle und überlegten nun, ob es vorteilhafter wäre, von vornherein durch Ausschalten der Flexur das Übel radikal zu beseitigen oder zunächst einen Anus praeternaturalis anzulegen, oder drittens nach sofortiger Entleerung des Darmes die Bauchhöhle zu schließen und durch interne Medikation die neuerliche Bildung derartiger Sterkoraltumoren zu verhindern.

Wir entschlossen uns mit Rücksicht auf den Umstand, daß der Allgemeinzustand der Pat. jeden komplizierten Eingriff verbot, zu dem letzteren Verfahren. Zu diesem Zweck lagerten wir die Schlinge auf Kompressen, öffneten dann durch eine Längsinzision die Flexur und exprimierten unserer Meinung nach alle Tumoren, die ich Ihnen hier zeige. Die gesetzte Inzision wurde sofort dreischichtig übernäht und die Bauchhöhle geschlossen.

36 Stunden post operationem zeigten sich jedoch Zeichen peritonealer Reizung, die uns veranlaßten, die Bauchhöhle abermals zu eröffnen, um so mehr, als neuerlich Tumoren zu tasten waren, von deren Andrängen wir eine Sprengung der Darmnaht befürchten mußten. Es zeigte sich, daß die oberste Lambertnaht dehisziert war und ihre unmittelbare Umgebung bereits einen schmierigen, graugelben Belag aufwies, der bakteriologisch die gewöhnliche Darmflora enthielt.

Es wurde daher dieser Abschnitt der Flexur vorgelagert, am nächsten Tage mit dem Thermokauter eröffnet, und es wurden mehrere Kotballen entfernt, worauf der Darm bald zu funktionieren begann und der Meteorismus schwand. Die folgenden 5 oder 6 Tage konnten wir noch einzelne kleinapfelgroße Kotballen entfernen, seitdem zeigt der Stuhl normale Beschaffenheit, der Appetit der Pat. hebt sich und sie erholt sich zusehends.

Ich habe mir erlaubt, den Fall deswegen vorzustellen, weil er uns Gelegenheit gibt, auf die bisher noch strittige Frage bezüglich der Ätiologie der Hirschsprung'schen Krankheit, bzw. des Megakolon einzugehen.

Bekanntlich wollen die einen unter reinem Hirschsprung nur solche Fälle verstehen, die das Kindes- oder jugendliche Alter betreffen, wobei eine angeborene Länge der Flexur Veranlassung gibt zu dem charakteristischen klinischen Bilde des Megakolon, das gekennzeichnet ist durch enorme Dilatation des Darmes und mächtige Hypertrophie der Darmmuskulatur. Andere Autoren dagegen weisen

Digitized by Google

auf die Möglichkeit eines erworbenen Megakolon infolge von Schrumpfungsprozessen im Mesenterium, Narbenbildung und konsekutiver Abknickung u. dgl. hin.

Bei unserer Pat. liegen nun die Verhältnisse so, daß der Beckeneingang geradezu maximal kartenherzförmig verengt ist.

Bei der Untersuchung von unten her per rectum — Pat. ist Virgo — oder durch den abführenden Schenkel des Anus praeternaturalis von oben her fühlt man, daß der den Beckeneingang passierende Finger nur sehr geringe Bewegungsfreiheit genießt, so daß hier direkt eine die durchtretende Flexur stenosierende, knöcherne Striktur besteht. Wir haben versucht, mit einem Weiss'schen Mastdarmspekulum den Beckeneingang zu entrieren und durch Aufdrehen des Instrumentes ein Maß der Lichtung zu gewinnen. Wir haben als größten Durchmesser kaum 2 cm gefunden. Es ist selbstverständlich, daß etwas umfängliche Kotballen diese Striktur nicht mehr passieren können, und daß es bei einem 15jährigen Krankenlager leicht zur Entwicklung einer chronischen Obstipation gekommen ist, die im Laufe der letzten Zeit zur Bildung derartiger Kottumoren geführt hat.

Zweifellos ist auch bei dieser Pat. die angeborene Länge der Flexur ein unterstützendes Moment.

Mit einigen Worten möchte ich noch auf die von uns eingeschlagene Therapie zurückkommen.

Es kamen in diesem Falle, wie überhaupt, in Betracht:

1) Inzision, primäre Darmnaht und Verschluß der Laparotomie.

2) Resektion des Dickdarms.

3) Anlegung eines Anus praeternaturalis mit späterem eventuellen Verschluß der Kolostomie.

Der von uns ursprünglich beabsichtigte, zuerst angeführte Weg wurde, zum Glück für die Pat., durch die beginnende Peritonitis vereitelt. In einem von Puls angeführten Falle wurde ein enormer Koprolith durch einfache Inzision entfernt, doch schon nach einem Jahre kam es infolge neuerlicher Bildung eines mächtigen Kottumors doch zur Kolostomie.

Ein radikaler Eingriff, der nur in der Ausschaltung, bzw. Resektion der Flexur bestehen könnte, wäre nur dann ein vollständiger, wenn man gleichzeitig das knöcherne Hindernis nach dem Vorschlag von Rotter in Budapest durch Abmeißelung des Promontoriums beseitigen würde, was übrigens von uns während der Operation erwogen wurde. Daß diese Pat. einer derartigen, komplizierten, eingreifenden Operation nicht gewachsen gewesen wäre, braucht kaum auseinandergesetzt zu werden.

Es bleibt also nichts anderes übrig, als den Anus praeternaturalis zu belassen und eventuell durch eine entsprechende Pelotte den Zustand der Pat. erträglicher zu gestalten.

Diskussion. Finsterer (a. G.): Im Anschluß an die Demonstration dieses interessanten Falles von Megakolon erlaube ich mir in Kürze zwei Präparate von Megakolon zu demonstrieren, die ich an der chirurgischen Klinik Hofrat Hochenegg durch Operation gewonnen habe. Ich glaube, daß auch in dem demonstrierten Falle zwar die abnorme Länge der Flexura sigmoidea angeboren war, daß aber die mächtige Dilatation in diesem Darmabschnitt möglicherweise erst durch die Kotstauung infolge der Stenosierung des Rektums zustande kam. Wie mächtig eine solche erworbene Dilatation werden kann, möge Ihnen das Präparat des einen Falles beweisen, das ich bei einem 25jährigen Manne durch primäre Darmresektion wegen Volvulus gewonnen habe, das bei einer Länge von mehr als 130 cm und

Digitized by Google

einem Durchmesser des Darmlumens von 18 cm mehr als 6 Liter Inhalt faßt. Trotz der enormen Größe muß man doch an eine erworbene Dilatation denken, erstlich weil der übrige Dickdarm normal war, dann auch weil das Mesenterium die charakteristische narbige Schrumpfung zeigt.

Was die Therapie des Megasigmas anlangt, so stellt die Resektion die radikalste Behandlung dar. Befindet sich die Pat. nun im Stadium des chronischen Ileus durch die Kotstauung, so kann man die Resektion einzeitig ausführen mit sehr exakter, dreischichtiger Darmnaht, wobei die Vereinigung End-zu-End wegen der Weite der Darmlumina ohne weiteres möglich ist. Liegt aber ein akuter Ileus, wie er vor allem durch den Volvulus gegeben ist, vor, dann muß vor allem das Allgemeinbefinden des Pat. entscheiden, ob man die Resektion noch einzeitig ausführen kann mit primärer Darmnaht oder zweizeitig, also mit Einnähen der Stümpfe zum Anus praeternaturalis. Bei bestehender Gangrän der Flexur ist die zweizeitige Resektion vorzuziehen. Wenn aber die Einnähung des abführenden Schenkels wegen der Kürze nicht mehr ausführbar ist, so kann man die zirkuläre Darmnaht nach Mobilisierung des Colon descendens noch versuchen. In dem demonstrierten Falle mußte ich mich aus dem Grunde zur primären Darmnaht entschließen. Obwohl der Pat. vor der Operation bereits ganz kollabiert war (Puls 150, kalte Extremitäten), hat er doch den operativen Eingriff ausgezeichnet vertragen, was ich vor allem auf die Art der Anästhesie beziehen muß. Die mediane Laparotomie wurde in Lokalanästhesie gemacht, hierauf die mit dunklem Blut und Gasen gefüllte Flexur, die ganz das Aussehen einer stielgedrehten Ovarialcyste bot, punktiert. Um dem Pat. durch die Herabsetzung des intraabdominalen Druckes bei seinem schlechten Pulse nicht zu schaden, wurde dann hauptsächlich wegen der exzitierenden Wirkung ein kurzer Ätherrausch gegeben, worauf sich nach der Detorsion des Volvulus der Puls des Pat. derart erholte, daß ich dem Pat. die lange Operationsdauer der Resektion und primären Darmnaht, natürlich unter Lokalanästhesie, zumuten konnte.

Die früher empfohlene Kolopexie (Annähen der Kuppe der Flexura sigmoidea an die vordere Bauchwand) sichert nicht vor Rezidiven, schon deswegen nicht, weil die Adhäsion sich allmählich dehnt und sogar zur Inkarzeration von Dünndarm zwischen Bauchwand, Flexur und Strang führen kann. Daß es aber auch bei breiter Adhäsion wieder zum Volvulus kommen kann, das sah ich bei einem zweiten Falle, den ich an der Klinik Hochenegg vor 2 Jahren operierte. Bei dem 25jährigen Pat. hatte Prof. Kukula in Prag vor 9 Jahren wegen Volvulus der Flexur die Kolopexie ausgeführt, ich mußte wegen Rezidiv des Volvulus operieren und fand die Flexur noch breit adhärent, aber trotzdem gedreht. Nach Darmresektion und primärer zirkulärer Dickdarmnaht erfolgte reaktionslose Heilung.

Was die Therapie in dem von Kollegen Duffek vorgestellten Falle anlangt, so kann ich der Ansicht, daß die Kolostomie hier das beste Verfahren darstellt, nur beipflichten. Eine primäre Resektion wäre jedenfalls auch nach Ausräumung der ganz enormen Kotmassen unmöglich gewesen, da infolge der fast absoluten Stenose des Rektums die Darmnaht äußerst gefährdet werden mußte.

II. Latzko: a. Fall von Spina bifida occulta.

M. L., 32jährige Taglöhnerin aus Prerau, wird behufs Beseitigung einer seit der Krankheit bestehenden Incontinentia urinae am 21. I. 1913 dem Bettinapavillon zugesendet.

Die Pat. ist regelmäßig menstruiert, hat nie geboren, nie abortiert. An irgendwelche Krankheiten weiß sie sich nicht zu erinnern. Es besteht nur seit

Digitized by Google

jeher Harnträufeln. Stuhlbeschwerden fehlen; insbesondere kann sie auch dünnen Stuhl und Winde gut zurückhalten. Vom 13. III. bis zum 20. VIII. 1901 lag sie an einer hiesigen gynäkologischen Klinik, wo dreimal periurethrale Paraffininjekjektionen ausgeführt wurden.

St. pr.: Als Pat. zur Aufnahme kam, verbreitete sie einen intensiven, ammoniakalischen Harngeruch, der inzwischen durch Gebrauch eines Verweilkatheters verschwunden ist. Lunge und Herz sind ohne Besonderheiten. Im Bereich des Bauches nichts Abnormes.

Äußeres Genitale und seine Umgebung waren bei der Aufnahme entzündlich gerötet; im Bereich der rechten Glutäalfalte saßen zwei, in Abheilung begriffene Furunkel. Umgebung des Anus war mazeriert; am Damm saßen zwei hellergroße, mit Harnsalzen inkrustierte Geschwüre. Der aus der Urethra in kurzen Pausen tropfenweise hervorquellende Urin war stark eitrig getrübt, alkalisch. Alle diese Erscheinungen sind jetzt infolge der früher erwähnten Anwendung eines Verweilkatheters mehr oder minder zurückgegangen.

Man sieht jetzt so wie früher Urin aus der normalen Urethralöffnung hervorquellen. Verfolgt man mit dem untersuchenden Finger den Verlauf der Urethra, so tastet man beiderseits in der Höhe des Blasenhalses unter der Scheidenschleimhaut gelegene derbe, erbsen- bis haselnußgroße Gebilde (Paraffindepots). Uterus klein, anteflektiert, Adnexe normal.

Das Becken zeigt eine deutliche Verkleinerung aller inneren Durchmesser, besonders der queren. Die äußeren Maße sind:

Distant. spin.	24 cm,
» crist.	29 »
» trochant.	31 »
Conj. externa	17 »
Dist. tub. oss. isch.	9 »
Conjugata diagon.	11 »

Während Stamm, Schädel und obere Extremitäten nichts Auffälliges zeigen, erweisen sich die unteren Extremitäten vom Knie abwärts als mißstaltet. Beide Unterschenkel sind atrophisch, die Muskelkraft dementsprechend herabgesetzt; die Haut der Unterschenkel ist livid-blaßrötlich verfärbt, kühl, und zwar alles links wesentlich mehr als rechts. Am linken Unterschenkel sieht man mehrere, kreuzergroße Narben (verheilte trophische Geschwüre?), unterhalb des rechten Malleolus externus eine schwielige, eingezogene Narbe (Schuhdruck?). Beiderseits besteht eine starke Verbildung des Fußskelettes im Sinne eines Pes equinovarus mit ausgesprochenen Hammerzehen und Atrophie der Muskulatur.

Der Gang der Pat. ist unsicher. Sie geht mit möglichst versteiften Gelenken. Die beschriebenen Symptome weisen auf eine zentrale Erkrankung hin.

Tatsächlich ergibt die Untersuchung der Wirbelsäule einen Defekt im Bereiche des Kreuzbeines. An Stelle der oberen Wirbel tastet man ein tiefes, für einen Finger bequem passierbares Loch, das in den Sakralkanal führt, über denselben bildet eine guldengroße, behaarte, sackartig schlaffe Haut den Abschluß nach außen. Unterhalb des Loches tastet man eine Knochenspange, die vielleicht dem Bogen des III. und IV. Sakralwirbels entspricht. Der letzte Sakralwirbel und das Steißbein scheinen zu fehlen. Das Röntgenbild zeigt deutlich den Defekt der hinteren Wand des Canalis sacralis. (Demonstration.)

Es liegt hier jene Form der Rachischisis vor, die als Spina bifida occulta bezeichnet wird. Dieselbe ist auf den ersten Blick durch die über dem Defekt etablierte Hypertrichosis charakterisiert.

*

Digitized by Google

Es erschien nunmehr angezeigt, den Status der Pat. mit Rücksicht auf das Nervensystem zu ergänzen.

Eine Untersuchung der Reflexe ergab: Die linke Pupille reagiert deutlich träger als die rechte. Die Streichreflexe der Bauchdecken sind links schwächer als rechts. Links in inguine fehlen sie vollständig. Patellarreflex ist beiderseits gesteigert. Achillessehnenreflexe fehlen. Kein Babinsky, kein Plantarreflex.

Sensibilität annähernd normal. Nur an der Fibularseite der Planta pedis ist die thermische Empfindung, die mit Eis und 80grädigem Wasser geprüft wird, stark herabgesetzt, und zwar besonders rechts.

Die Prüfung des Geschmacks-, Geruchs-, Hör- und Gesichtssinnes ergibt normale Verhältnisse. Der von Doz. Dr. Müller aufgenommene Augenbefund zeigt nichts Abnormes, ebenso ergibt die von Doz. Dr. Hansel vorgenommene Untersuchung der Nase, des Ohres, des Nasen-Rachenraumes und Kehlkopfes normale Verhältnisse.

Eine genaue Untersuchung erfuhr das Verhalten der Blase. Um ihre Kontinenz zu prüfen, wurde ein dicker Pezzar-Katheter eingeführt und leicht angezogen, so daß ein Verschluß des Orificium internum zustande kam. Nunmehr wurden 30—50 g physiologischer Kochsalzlösung in die Blase eingespritzt. Eine größere Ausdehnung vertrug letztere nicht, indem die Pat. mit heftigen Schmerzäußerungen reagierte. Die eingespritzte Flüssigkeit wurde nach Entfernung der Spritze in kräftigem Strahl entleert. Warm und kalt wurde deutlich differenziert, die Instillation stärkerer Lapislösung schmerzhaft empfunden.

Es kann also ausgesagt werden, daß die Sensibilität der Blase — auch die thermische — erhalten ist, und daß der Detrusor funktioniert. Nur der Sphincter vesicae ist gelähmt.

Der Sphincter ani schließt gut. Doch tritt auf Berührung des Afters mit der Nadelspitze, obwohl dieselbe schmerzhaft empfunden wird, kein Reflex ein.

Die Sensibilität des Perineums ist erhalten.

Der Levator ani ist linkerseits gar nicht, rechts kaum zu tasten. Es gelingt weder der Pat., ihn willkürlich zur Kontraktion zu bringen, noch können wir eine solche durch starke faradische Ströme herbeiführen. Auch die von Thure Brandt in die gymnastische Prolapsbehandlung eingeführte Knieteilung mit Kreuzhebung führt keine Kontraktion des Levator herbei, trotzdem die Adduktoren äußerst kräftig funktionieren.

Die Vulva ist etwas klaffend, vordere und hintere Vaginalwand sind deszendiert, wie das nach der Auffassung der Wiener Schule dem Verhalten des Levator ani entspricht.

Die beschriebenen Paresen im Bereiche der motorischen und trophischen, weniger der sensiblen Nervenbahnen der unteren Körperhälfte im Verein mit dem Fehlen einzelner Reflexe gestatten uns als Ursache der verhältnismäßig schweren nervösen Störungen Bildungsdefekte in den untersten Rückenmarksabschnitten anzunehmen, die in mehr oder minder hohem Maße mit der Spina bifida regelmäßig verbunden sind, für die Fuchs den Namen Myelodysplasie eingeführt hat. Wir können sogar an der Hand eines Schemas, das die Beziehungen der einzelnen Rückenmarkssegmente zur motorischen und sensiblen Innervation der unteren Körperhälfte darstellt, aussagen, daß in unserem Falle die motorische Region des I. und II. Sakralsegmentes stärker defekt ist, während im Bereich des III. und IV. Sakralsegmentes nur die Innervation des Levator ani und des Sphincter vesicae aufgehoben erscheint, wohingegen Detrusor vesicae und Mastdarmmuskulatur intakt sind.

Digitized by Google

Die sensible Innervation hat fast gar nicht gelitten.

Lähmungserscheinungen sind bei Spina bifida occulta selten angeboren. Häufiger kommen angeborene Lähmungen bei den anderen Formen der Spina bifida, der Meningokele, Meningomyelokele und Myocystokele zur Beobachtung. Doch sieht man nicht gar oft, daß erwachsene Menschen mit den schwereren Formen dieser Mißbildung herumgehen. In der Regel setzt eine an die obligate Cystitis anschließende Pyelonephritis dem Leben schon im Kindesalter ein Ziel. Bei Spina bifida occulta pflegen Lähmungen erst mit zunehmendem Alter sich zu entwickeln. Katzenstein erklärt das späte Auftreten damit, daß bei dem normalen Hinaufsteigen des Rückenmarks die Verbinungsstränge zwischen Haut und Rückenmark, die der unvollkommenen Trennung der Medullarplatte vom Hornblatt ihre Entstehung verdanken, verzogen werden und dadurch das Rückenmark gezerrt wird.

In diesem Falle bestehen die Paresen bzw. Atrophien nach der dezidierten Aussage der Pat. seit frühester Kindheit. Insbesondere hat immer Incontinentia urinae bestanden. Wir müssen daher annehmen, daß mit der äußerlich wenig in Erscheinung tretenden Mißbildung des Sakrums schwere Bildungsdefekte des Rückenmarkes einhergehen.

Damit soll natürlich zur Frage des Zentrums der Blaseninnervation keineswegs Stellung genommen werden. Die Mehrzahl der Forscher nimmt heute an, daß die Blase in erster Linie unter der Herrschaft des sakral-autonomen Systems stehe. Die Voraussetzung für schwerere Blasenstörungen wäre dann, daß auch im Bereich des autonomen Systems sekundäre Defekte im Anschluß an die Myelodysplasie vorhanden wären — eine Annahme, die in unserer Auffassung keiner Schwierigkeit begegnet.

Ich muß es mir versagen, im Rahmen einer Demonstration auf die interessanten Beziehungen einzugehen, die zwischen den schweren Formen der Spina bifida mit ausgesprochener Inkontinenz und anderen Lähmungen einerseits und den von Fuchs beschriebenen Formen rudimentärer Spina bifida occulta mit Enuresis nocturna andererseits bestehen.

Nur noch einige Worte zur Therapie.

Der Versuch, einer kausalen Indikation zu genügen, indem man etwa zerrende oder komprimierende Bindegewebsstränge nach breiter Eröffnung des Rückgratkanals durchtrennt oder einkerbt, wie das zweimal mit Erfolg ausgeführt worden ist, hat bei dem langen Bestehen der Paresen wenig Aussicht. Aus demselben Grunde dürfte es kaum gelingen, die Lähmung des Sphincter durch elektrische oder andere Reize zu bessern.

Am aussichtsreichsten erscheint mir der Versuch, einen ventilartigen Verschluß der Urethra zu erzielen, der erst durch eine kräftige Inanspruchnahme des Detrusors und der Bauchpresse überwunden werden müßte. Der Umstand, daß Detrusor und Bauchwandmuskeln hier intakt sind, beseitigt die sonst bestehende Gefahr einer willkürlich nicht zu überwindenden Retentio urinae.

Es kämen also in Betracht entweder eine Wiederholung der Paraffineinspritzungen oder Drehung der isolierten Urethra. Beide Methoden verdanken wir bekanntlich Gersuny. Ich gedenke zunächst den harmloseren Versuch einer Paraffineinspritzung zu machen und erst im Falle des Mißlingens die Drehung der Urethra auszuführen.

Diskussion. Herzfeld: Ich möchte mir bezüglich der Therapie durch Paraffininjektionen, welche Latzko erwähnt hat, einige Worte erlauben. Wir haben auf diese Paraffininjektionen so große Hoffnungen gesetzt, doch muß ich

Digitized by Google

sagen, daß ich Fälle zu sehen Gelegenheit hatte, die mich außerordentlich enttäuscht haben, in denen nach der Injektion von Paraffin sich so große Tumoren gebildet haben, daß Beschwerden entstanden sind, die noch hochgradiger waren als die durch die Inkontinenz selbst verursachten. Dabei bestand keine Möglichkeit, die Tumoren auf irgend eine Weise zu entfernen. Ich habe mich mit allen möglichen Inzisionen und Auskratzungen geplagt, doch gelang es mir nicht, die Tumoren zum Verschwinden zu bringen, da das Paraffin so in das Gewebe infiltriert und mit demselben so verfilzt war, daß von einer Exstirpation der Tumoren gar keine Rede sein konnte. Ich habe mich nun mit Prof. Horstmeyer in Verbindung gesetzt und bei demselben angefragt, ob er nicht irgend ein chemisches Mittel habe, das, eingespritzt, eine Lösung des Paraffin herbeiführen würde. Regnier nannte mir das Xylol. Mayer meinte, daß die Anwendung dieses Mittels wegen seiner toxischen Wirkung ausgeschlossen sei. In allen Fällen, die ich mit Paraffintumoren kombiniert sah, war gar nichts zu machen. Dagegen habe ich mit der Torsion der Urethra, wenn sie radikal ausgeführt wird, sowohl in den Fällen, die von anderen operiert wurden als auch in meinen eigenen Fällen, ausgezeichnete Erfolge gesehen. Alle diese Fälle waren tadellos ausgeheilt; besonders diejenigen Fälle, in denen der Detrusor urinae gut ausgeprägt und, wie es Halban verlangt, das Diaphragma urogenitale gut entwickelt war, waren für die Torsion sehr geeignet. Ich selbst würde von den Paraffininjektionen in solchen Fällen keinen Gebrauch machen, davon entschieden abraten und nur die Torsio urethrae empfehlen.

Fleischmann: Was den ersten Teil der Ausführungen Herzfeld's anlangt, so stimme ich mit denselben vollkommen überein. Auch ich habe wiederholt Paraffininjektionen nach Gersuny gemacht und dabei meist schlechte Erfahrungen gemacht. Aber auch mit der Torsion der Urethra habe ich nicht so gute Resultate erzielt, wie Herzfeld; ich habe zwar nicht viele Fälle zu beobachten Gelegenheit gehabt, aber Mißerfolge erlebt. Vor 3 Wochen habe ich eine junge Frau wegen Harnträufelns operiert, die auch einen leichten Descensus der vorderen Scheidenwand hatte. Ich habe nun die Urethra und Blase durch einen ⊥-Schnitt freigelegt und zunächst, nachdem ich die Gegend des Orificium internum bestimmt hatte, daselbst einige quere Nähte angelegt, dann in der Mitte der Urethra einen Sporn gegen das Lumen der Urethra gebildet, indem ich in sagittaler Richtung nähte. Ich habe die Frau vor 3 Wochen operiert; es geht ihr zwar etwas besser, doch als geheilt kann sie noch nicht betrachtet werden.

Herzfeld: Die Torsion der Urethra kann nur einen Sinn haben, wenn die Urethra in ihrem ganzen Umfange frei präpariert wird. Insbesondere die vordere Fläche ist diejenige, die man freibekommen muß. Hat man nicht die ganze Urethra frei präpariert und macht man nur im unteren Urethradrittel die Torsion, dann bleibt die Urethra nicht in der ihr aufgelegten Position und bleibt nicht genügend gedreht. Ist dieselbe aber frei präpariert und um 180—360 Grad torquiert und durch Nähte fixiert, dann ist auch meist der volle Erfolg gesichert. Das Lumen der Urethra muß kreisförmig umschnitten und die Urethra frei hinauf präpariert werden. Manchmal bekommt man auch heftige Blutungen, die durch Umstechungen leicht gestillt werden können. Ich möchte noch eins erwähnen, wir beobachten es ja alle, nur weiß ich nicht, ob auch darauf das nötige Gewicht gelegt wird: Harnträufeln kommt meist bei Frauen vor, die an Descensus der Vagina leiden; doch kann man sich oft nicht erklären, daß der Descensus allein das Harnträufeln verursachen sollte. Ich habe immer die Idee, daß Varikositäten an der hinteren Urethralwand und an der hinteren Blasenwand einen solchen Reiz hervorrufen,

Digitized by Google

daß eine fortwährende Entleerung der Blase stattfindet. Diese Sache müßte erst genau studiert werden. Wir sehen ja oft eine tief livide Verfärbung des vorderen Urethralwulstes, und dabei sehen wir außerordentlich oft das Auftreten von Harnträufeln. Hier hat natürlich die Torsion der Urethra allein keinen Erfolg.

Wechsberg: In der Zeitschrift für gynäkologische Urologie findet sich auch eine diesbezügliche Operation beschrieben, die darin besteht, daß man aus den Musculi pyramidales einen Achter formt, und diesen um den Blasenhals herumlegt. Diese Operationsmethode ist mit ausgezeichneten Erfolgen ausgeführt worden, so daß es sich verlohnen würde, in Fällen von Inkontinenz mit derselben einen Versuch zu machen, da in dem vorgestellten Falle die Musculi pyramidales vermutlich ebenso ihre normale Erregbarkeit erhalten haben wie die Bauchmuskulatur.

Fleischmann: Diese Publikation rührt von Göbel her. Ich habe in einem Falle von Epispadie in dieser Weise operiert, doch war der Erfolg gleich Null, da der Muskel atrophierte.

Wertheim: Ich habe Fälle von Incontinentia urinae durch die Operation der Interpositio uteri geheilt. Die so erzielten Resultate sind besser als die der Torsion der Urethra, wenigstens nach dem, was ich gesehen habe. Die Interposition wäre in diesem Falle besonders angezeigt, da es sich hier gleichzeitig um eine Senkung handelt.

Was die Paraffininjektionen in das periurethrale Gewebe zur Heilung solcher Fälle von Urininkontinenz betrifft, so bin ich von diesem Verfahren hauptsächlich deshalb abgegangen, weil ich wiederholt Lungenembolien und andere, offenbar auf Embolie zurückzuführende Zufälle danach beobachtet habe.

Novak: Die Möglichkeit, einen Paraffintumor durch ein Lösungsmittel zu entfernen, erscheint bei Berücksichtigung der histologischen Struktur dieser Tumoren im vorhinein ausgeschlossen. Ihr Aufbau entspricht völlig jenem der von Gentili, Schottländer und Maresch näher beschriebenen narbigen Fettcysten in der Wand von Dermoiden. Das Paraffin liegt hier teils in Riesenzellen, teils in kleinwabigen Räumen, welche von Bindegewebe, Riesenzellen und Endothel angefüllt sind. Ein einheitlicher, paraffinerfüllter Hohlraum ist dagegen nicht vorhanden.

Bezüglich der ingeniösen Idee Gersuny's, eine Insuffizienz des Sphincter urethrae durch eine Drehung der Urethra zu beheben, möchte ich darauf hinweisen, daß diese Methode auch bei technisch einwandfreier Ausführung nicht immer zu dem gewünschten Ziele führt. Ein von mir beobachteter Fall von angeborener Inkontinenz bei einem sonst völlig gesunden, erwachsenen Mädchen wurde zweimal erfolglos mit dieser Methode behandelt.

Halban: Ich habe die Methode, über die Fleischmann berichtet, seit 2 bis 3 Jahren wiederholt angewendet, im ganzen in 12—15 Fällen. Es muß die Vagina abpräpariert, der Sphincter vesicae freigelegt und genäht werden. Man geht dabei von der Voraussetzung aus, daß man die auseinander gewichenen Sphinkterenden wieder vereinigt, analog der der Sphinkternaht am Anus. Ich habe von der Methode äußerst gute Resultate gesehen. Die Methode wurde auch von anderen angewendet, so von Bumm und Kelly, die ebenfalls über gute Erfolge berichten.

Fleischmann: Ich muß betonen, daß ich in meinem Falle weniger Gewicht gelegt habe auf die Eröffnung des Sphinkter.

Latzko: Die Diskussionsbemerkungen zur Therapie der Blaseninkontinenz von Herzfeld und den anderen Herren Kollegen sind für mich von großem

Digitized by Google

Interesse. Insbesondere interessiert es mich, daß die Behandlung mit Paraffininjektionen auch in der Hand ihres Erfinders nicht immer jene Resultate ergibt, die man erhofft hat. Ich habe die Methode selbst mehrfach angewendet, doch fast stets ohne sonderlichen Erfolg. Ich habe bisher meine Mißerfolge stets meiner ungenügenden Technik zugeschrieben. Wertheim hat auf die Interposition hingewiesen. Ich habe außerordentlich oft von der Interposition im Zusammenhange mit anderen Prolapsoperationen bei solchen Fällen von Inkontinenz Gebrauch gemacht, wo ich die Vermutung hatte, daß die Inkontinenz mit dem Descensus zusammenhängt, denn diese genügt tatsächlich allein zur Erklärung der Inkontinenz. Durch die Prolapsoperation sind hier gute Erfolge zu erzielen. Manchmal tritt sogar durch die Interposition in unerwünschter Weise eine Überkorrektur in Form einer Retentio urinae ein. Die Sphinkterraffung nach Mackenrodt habe ich schon vor Jahren mit gutem Erfolge bei solchen Fisteln angewendet, die in der Nähe des Sphinkter sitzen. Es gelingt hier durch Aufsuchen der Reste des Sphinkter und Vereinigung Kontinenz zu erzielen.

Latzko: b. Fall von Abszessen in einem Myom.

N. K., 42jährige Ipara. Seit dem 13. Lebensjahre regelmäßig menstruiert. Die Menses dauern 5 Tage, sind blutreich, bisher beschwerdefrei. Die letzte Periode, die 5 Tage vor dem Spitaleintritt (24. I. 1913) einsetzte und heute aufhörte, war von so intensiven Kreuzschmerzen begleitet, daß Pat. einen Arzt aufsuchte, der eine Geschwulst im Bauche konstatierte und die Kranke behufs Operation an uns wies. Pat. hat als Kind Masern, Varizellen und Diphtherie, vor 2 Jahren eine Angina durchgemacht, sonst war sie stets gesund. Fluor, Urin- oder Stuhlbeschwerden bestanden nie, irgendwelche Abszesse, Furunkel oder andere entzündliche Veränderungen — etwa Varicen oder Hämorrhoiden — wurden nie bemerkt. Die Möglichkeit eines in den letzten Jahren überstandenen Abortus wird entschieden geleugnet.

St. pr.: Temperatur 38°, Puls 90. Fettreiche Frau mit normalem Herz- und Lungenbefund. Harn enthält weder Eiweiß noch Zucker. Die Unterbauchgegend ist durch einen aus dem kleinen Becken aufsteigenden, bis zum Nabel reichenden, knolligen, derbelastischen, wenig beweglichen, nicht druckempfindlichen Tumor kugelig vorgewölbt. An einer walnußgroßen Rektokele vorbei stößt der untersuchende Finger gleich hinter dem Scheideneingang auf den mächtigen, rundlichen, glattwandigen, das hintere Scheidengewölbe tief herabdrängenden, das kleine Becken ausfüllenden, derben, unteren Pol des Tumors. Die Portio ist hoch emporgezogen, hinter der Symphyse zu tasten, der Uterus selbst nicht differenzierbar.

Die Diagnose lautete dementsprechend: Myoma uteri interligamentosum.

Nach abklingender Temperatursteigerung wurde am 30. I. 1913 die Operation vorgenommen. Mediane Laparotomie. Die Entwicklung eines kindskopfgroßen, im Douglas eingekeilten Myomknollens gelingt mit Anstrengung nach Ausschälung eines den Zugang behindernden Knotens. Durch Totalexstirpation mit Zurücklassung beider Adnexe wurde das vorliegende Präparat gewonnen. Die als Geschwulstbett dienende Douglas'sche Tasche ist mit einem merkwürdig veränderten, dunkelroten, wie samtartigen, leicht blutenden Peritoneum ausgekleidet. Typische Wundversorgung.

Auch am Präparat ist der Uterus nicht leicht differenzierbar. Ein fibröser Knoten ist aus seinem, jetzt geschrumpften Bett ausgeschält. Den Hauptanteil des Tumors bildet der kindskopfgroße, im Douglas eingekeilt gewesene Knollen.

Seine graurötliche Oberfläche zeigte auch in frischem Zustand nicht die Glätte und den spiegelnden Glanz unveränderten Peritoneums. An der Hinter-

Digitized by Google

seite, nahe dem unteren Geschwulstpol zeigte sich eine überkronengroße, erweichte Stelle. Der angelegte Durchschnitt zeigte nun zu meiner Überraschung statt der von mir erwarteten Nekrose oder Erweichung eine nußgroße, mit dickem, rahmigen, gelben Eiter erfüllte Abszeßhöhle. Die äußere Abszeßwand zeigt eine vielleicht bei der Entwicklung des Tumors entstandene hirsekorngroße Lücke. Doch war von einem Eiteraustritt weder während der Operation, noch bei der Betrachtung des unaufgeschnittenen Präparates etwas zu bemerken. Mehrere kleinere Abszesse sitzen an anderen Stellen des Knollens, und zwar fast alle nahe der Außenfläche.

Die histologische Untersuchung bestätigte den makroskopischen Befund. Der abgestrichene Inhalt erwies sich als reiner Eiter. Schnitte durch verschiedene Abszesse zeigten, daß es sich um Eiteransammlungen in sonst ziemlich unverändertem Geschwulstgewebe unter stellenweiser Bildung einer entzündlichen Schale handelt. Nur vereinzelt sieht man wenig umfängliche Nekrosen.

Zwecks bakteriologischer Untersuchung wurde aus dem Eiter, von verschiedenen Stellen des großen Knollens, vom Durchschnitt anderer Knoten, sowie von der Uterusschleimhaut abgeimpft. Nur von der Uterusschleimhaut gingen obligat anaerobe, kurzkettige Streptokokken reichlich in Reinkultur auf. Alle übrigen Kulturen — aerobe, wie anaerobe — blieben steril.

Im Nativpräparat des Eiters waren neben den polynukleären Zellen nur Blutkörperchen, keine Bakterien zu sehen. Ein Abstrichpräparat von der Uterusschleimhaut zeigte zahlreiche Streptokokken. Ebenso sind dieselben in einem nach Weigert gefärbten Schnittpräparat des Endometriums sichtbar.

Der Verlauf post operationem war durch mäßige Temperatursteigerungen und eine suprafasciale Bauchdeckeneiterung gestört. Es war leider verabsäumt worden, sofort bei Entdeckung des Abszesses den Eiter bakteriologisch zu untersuchen, und die nach 24stündiger Jodoformgazetamponade nachgeholte Untersuchung ergab nur Staphylokokken.

In den letzten Tagen sind peritonitische Symptome aufgetreten, die unter Bildung eines abgesackten Exsudates abzuklingen scheinen.

Bei epikritischer Betrachtung des Falles müssen wir zugestehen, daß die vorhandenen Angaben und Beobachtungen zu einer vollständigen Aufklärung nicht ausreichen. Abszeßbildung in einem Myom muß wohl als ein ziemlich ungewöhnliches Ereignis bezeichnet werden. Ebenso ist der mikroskopische und kulturelle Nachweis von Streptokokken als Bewohner der Korpusschleimhaut eines seit Jahren nicht puerperalen, instrumentell vorher nicht berührten Uterus merkwürdig. Ob zwischen den beiden Befunden ein ätiologischer Zusammenhang besteht, kann mangels eines positiven bakteriologischen Befundes im Abszeßeiter nicht entschieden werden.

Der Befund bei der Operation zeigt, daß zwischen der peritonealen Auskleidung des Douglas'schen Raumes und dem unteren Geschwulstpol innige Verwachsungen bestanden. Man könnte daher daran denken, daß seinerzeit eine Ansiedlung durch die Darmwand gewanderter Keime zur Bildung der Abszesse geführt habe. Die Lage der letzteren dicht unter der dem Mastdarm zugewendeten Oberfläche des Myomknollens spräche vielleicht dafür. Doch haben nie irgendwelche Erscheinungen von seiten des Darmkanales bestanden, wie sie als Folge einer supponierten Darmwandschädigung wohl hätten beobachtet werden müssen. Die Pat. gibt sogar ausdrücklich an, daß sie stets ganz regelmäßig Stuhl lasse. So müssen wir wohl am ehesten auf die vor 2 Jahren überstandene Angina als Ursache der Abszeßbildung rekurrieren. Die Frage, ob die Ansiedlung der Eitererreger direkt in den vielleicht schon damals schlecht genährten Myomknollen

Digitized by Google

auf dem Wege einer Bakteriämie zustande kam, oder ob hier die Ansiedlung von Streptokokken im Endometrium eine vermittelnde Rolle gespielt hat, läßt sich vorderhand nicht beantworten.

c. Fall von Gehirnabszeß im Verlauf eines Puerperalprozesses.

V. M., 29jährige Schneidergehilfensgattin, hat zweimal geboren, einmal abortiert. Sie war bisher stets gesund. Seit dem letzten Partus vor 17 Monaten, nach dem sie über ein Jahr lang stillte, sind die Menses nicht wieder eingetreten. Seit Oktober 1912 glaubte Pat. gravid zu sein.

Am 5. I. d. J. erkrankte Pat. unter Schüttelfrost und Fieber. Am 8. I. trat eine Genitalblutung ein, die sich am nächsten Tage zu einem heftigen Blutsturz steigerte. Gleichzeitig trat unter Fiebersteigerung Husten mit blutigem Auswurf auf. Ein hinzugezogener Arzt konstatierte einen Abortus im 3. Schwangerschaftsmonat und nahm die Ausräumung mit der Curette vor. Fieber mit Schüttelfrost, Husten mit blutigem Auswurf hielten bis heute (13. I. 1913) an, weswegen Pat. das Spital aufsuchte.

St. pr. vom 4. I. 1913: Im Verlauf der letzten 18 Stunden drei Schüttelfröste. Die Temperatur ist von 41° am gestrigen Abend auf 39,2° am heutigen Morgen gesunken. Puls 120, von normaler Spannung. Atmung 30, Gesamteindruck der einer Schwerkranken.

Sputum schleimig-eitrig, hämorrhagisch, ziemlich reichlich. Herztöne rein, Grenzen normal. Über der rechten Lunge vorn Bronchialatmen. Abdomen weich im Thoraxniveau. Nirgends abnorme Resistenz oder Druckempfindlichkeit.

Genitalbefund: Keine Blutung, spärlicher Ausfluß. Uterus anteflektiert, leicht vergrößert, von normaler Konsistenz. Beide Parametrien zart; Adnexe beiderseits frei. An der Beckenwand beiderseits regenwurmartige, mäßig derbe, knotige Stränge.

Harn leicht getrübt, enthält weder Eiweiß noch Zucker. Diazoreaktion negativ.

Diagnose: Metrophlebitis bilateralis, Pneumonia dextra.

Mit Rücksicht auf die gehäuften Schüttelfröste wurde die Venenunterbindung in Aussicht genommen, die gelegentlich trotz Anwesenheit metastatischer Herde noch Ersprießliches zu leisten vermag. Doch wurde — eben in Hinblick auf die metastatische Pneumonie und die verhältnismäßige Geringfügigkeit der genitalen Venenthrombosen beschlossen, noch zuzuwarten.

Tatsächlich sanken Temperatur und Pulsfrequenz in den nächsten Tagen unter Hebung des Appetitis und des Allgemeinbefindens. Schüttelfröste traten nicht mehr ein. Die bakteriologische Untersuchung des Blutes blieb negativ. Am 18. I. erfolgte wieder unter Frösteln ein Temperaturanstieg bis 39°. Das Sputum wurde gleichzeitig mißfärbig und stinkend. Bei ziemlich unveränderten objektiven Erscheinungen klagte Pat. am 25. I. über Schmerzen in der rechten Kopfhälfte hinter dem Ohr. Am 26. I. abends trat einmaliges Erbrechen auf. Am 27. I. klagte Pat. über starke Kopfschmerzen. Gegen 11 Uhr vormittags trat unter Temperaturanstieg bis 39° ein Schüttelfrost ein. Die Kranke zeigte leichte Benommenheit und 78 Pulse — gegen ca. 90 in den letzten Tagen — bei 37,4° Temperatur. Die unter der Vermutung einer Mittelohreiterung vorgenommene Untersuchung des inneren Ohres ergab außer einer leichten Injektion der Hammergefäße normalen Befund.

Am 28. I. hatte die Somnolenz zugenommen. Puls 76, Temperatur subfebril. Starke Kopfschmerzen, Babinsky negativ. Eine Stunde später, um 8 Uhr morgens, tritt plötzlich tiefe Bewußtlosigkeit ein. Pat. liegt passiv auf der linken Seite,

Digitized by Google

erbricht mehrmals. Nackenstarre. Die Atmung wird tiefer und schneller. Um 11 Uhr vormittags Exitus.

Die Diagnose wurde am vorletzten Tage auf Meningitis oder Gehirnabszeß gestellt.

Die von Dozent Dr. Verocay vorgenommene Obduktion ergab folgenden Befund:

Walnußgroßer Abszeß im Occipitallappen der rechten Großhirnhemisphäre, Meningitis suppurativa, besonders an der Basis; Pyocephalus internus.

Walnußgroßer, eitrig-gangränöser Zerfall der vorderen unteren Partien des Oberlappens der rechten Lunge.

Spärliche, kleinste, metastatische Herde in den Nieren.

Vergrößerter matscher Uterus.

Thrombophlebitis einer Wurzel des rechten Plexus spermaticus. Multiple Thrombosen des Plexus pudendo-vesicalis.

Halten wir Krankengeschichte und Obduktionsbefund zusammen, so kann man wohl annehmen, daß die Pat. die septische Infektion am Ende überwunden hätte, wenn nicht die Metastasierung im Gehirn hinzugetreten wäre. Hierfür spricht das Fehlen der Bakteriämie, die geringen Veränderungen im Bereich des Genitales, die Beschränkung der Thrombophlebitis auf kleinste Gefäße, ohne daß es zum Zerfall der Thromben gekommen wäre, die geringe Größe des solitären, wenn auch gangränösen Lungenabszesses, die Besserung des Allgemeinbefindens bis zum Auftreten der ersten Gehirnsymptome, endlich die fallende Tendenz der Temperaturkurve bei günstigen Pulsverhältnissen.

Als Zeitpunkt der Metastasierung im Gehirn müssen wir wohl den 25. I. ansehen, an welchem Tage die Pat. zum erstenmal über Kopfschmerzen klagte. Die Frage, welcher der im Körper vorhandenen Infektionsherde als Ausgangspunkt der Gehirnmetastase anzusprechen sei, kann wohl mit Sicherheit dahin beantwortet werden, daß hier nur der gangräneszierende Lungenabszeß in Betracht kommt. Die ursprüngliche Infektion lag 20 Tage zurück, die Endometritis war abgelaufen, die Thrombophlebitis, wie sich aus der anatomischen Betrachtung und dem klinischen Verlaufe ergibt, im Abklingen begriffen. Nur der Lungenabszeß kann als florider Infektionsherd sekundär zur Metastasierung im Gehirn geführt haben. Dazu stimmt, daß der Eiter des Gehirnabszesses ein Gemisch aller möglichen Bakterien enthielt.

Es ist bekannt, daß zwischen Gehirnabszeß und eitrigen Lungenerkrankungen Zusammenhänge existieren, die allerdings bisher noch ungeklärt sind.

Als direkte Folge puerperaler Infektion habe ich Meningitis nicht allzu selten beobachtet. Doch ist dieser Fall der erste Gehirnabszeß im Verlaufe eines Puerperalprozesses, den ich zu beobachten Gelegenheit hatte. Jedenfalls ist das Ereignis nicht häufig.

Im Gegensatz hierzu sind bei gewissen Lungenaffektionen — speziell bei Bronchiektasie — Hirnabszesse ein nicht allzu seltener, man kann fast sagen, ein erwarteter Befund. So berichtet Schorstein, daß unter 63 Bronchiektasien, die zur Obduktion kamen, 13mal Hirnabszeß die Todesursache war. Doch fand er auch 3mal bei Empyem, 1mal bei Lungenabszeß und 1mal bei Emphysem mit Bronchitis Hirnabszesse.

Es dürfte sich daher empfehlen, in Fällen von Lungenabszeß oder -gangrän wie sie im Verlaufe von Puerperalprozessen häufig zur Beobachtung kommen, regelmäßig auf Gehirnsymptome zu achten, bzw. bei eventueller Obduktion auch eine genaue Gehirnsektion vorzunehmen, um zur Klärung dieser Frage beizutragen.

Digitized by Google

III. Frankl demonstriert seine Apparatur für abdominale und für vaginale Röntgentherapie. (Ausführliche Publikation in der gynäkologischen Rundschau.)

Radiologie.

3) **Butcher** (London). **Über die Grundlage der Röntgen- und Radiumtherapie.** (Strahlentherapie Bd. II. Hft. 2. 1913.)

Für eine erfolgreiche Röntgenbehandlung ist in erster Linie eine genaue Bestimmung der Qualität der Strahlen erforderlich, die allerdings zurzeit noch nicht gefunden ist. Zur Erklärung der Wirkung der »Gammastrahlen«, wozu Verf. sowohl die Röntgen- wie die Radiumstrahlen rechnet, wird die Radio-Vaccinationstheorie, die mechanische und die kannibalische Theorie angeführt.

Die Radio-Vaccinationstheorie wird gestützt durch Beobachtungen von Heilungen einzelner Hautkrankheiten durch die Bestrahlung von Hautbezirken, die nicht affiziert sind; auch sollen einzelne Herde abgeheilt sein, ohne daß sie selbst bestrahlt worden sind, sondern nur ihre Umgebung oder andere Herde. Die mannigfache Wirkungsweise, insbesondere auf das Ulcus rodens und die Latenzperiode, werden als weitere Beweismittel herangezogen.

Die mechanische Theorie sucht die Wirkung lediglich durch die physikalischen Gesetze der Osmose und Diffusion zu erklären.

Die kannibalische Theorie, die Verf. verteidigt, stützt sich auf die Hypothese, daß durch Zelltod eine Proliferation des umgebenden Gewebes herbeigeführt wird. Durch die Gammastrahlen sollen einzelne Zellen zerstört und abgetötet werden und diese toten Zellen bewirken eine Proliferation des gesunden Gewebes in der Umgebung; dadurch kann bei genügend intensiver Bestrahlung eine günstige Beeinflussung eventuell Heilung herbeigeführt werden.

Langes (Kiel).

4) **Bainbridge. Fulguration und Thermoradiotherapie.** (Journ. of adr. Therap. 1913. Januar.)

Verf. zählt zuerst die meist ungenau benannten, mit Hochfrequenzströmen arbeitenden Methoden auf, erwähnt dann die einzelnen, heute unter dem Gesamtnamen Fulguration laufenden Behandlungsarten. Besonders die Technik der eigentlichen Fulguration nach De Keating-Hart wird erläutert, ihre Anwendung und die damit im Krankenhause des Verf.s erzielten Resultate werden besprochen. Zum Schluß kurze Erklärung der Radiothermotherapie, die das Gewebe durch Erzielung einer bestimmten Temperatur für die erfolgreiche Röntgenbehandlung vorbereiten soll.

Lehfeldt (Berlin-Südende).

5) **Gudzent** (Berlin). **Einwirkung von Strahlen und radioaktiven Substanzen auf das Blut.** (Strahlentherapie Bd. II. Hft. 2. 1913.)

Das Licht, und zwar besonders die violetten und ultravioletten Strahlen scheinen die Zahl der roten Blutkörperchen und den Hämoglobingehalt zu erhöhen, vielleicht auf Grund einer Bluteindickung, da der Trockenrückstand des Blutes vermehrt wird. Langdauernder Abschluß des Lichtes ruft keine morphologischen Blutveränderungen hervor.

Die Röntgenstrahlen, deren Wirkung auf das Blut viel besser bekannt ist, rufen eine erhebliche und frühzeitige Lymphocytenverminderung und Veränderung ihrer Bildungsstätten hervor (zuerst lymphatisches, dann erst myeloides System); die polymorphkernigen Leukocyten werden weniger geschädigt, die

Digitized by Google

roten Blutkörperchen erst nach sehr intensiver Bestrahlung. Vielleicht spielt die Bildung eines Röntgentoxins dabei eine Rolle.

Die radioaktiven Substanzen bewirken in kleinen Dosen eine Zunahme der Erythrocyten- und Leukocytenzahl und der Blutgerinnungszeit. Große Dosen wirken wie die Röntgenstrahlen, jedoch ist noch nicht geklärt, ob durch sie das lymphatische oder myeloide System zuerst geschädigt wird.

Langes (Kiel).

6) **Zimmern, Cottenot und Pariaux (Paris). Die Wurzelbestrahlung zur Behandlung der Neuralgien.** (Strahlentherapie Bd. II. Hft. 2. 1913.)

Auf Grund eigener günstiger Erfahrungen, die sich mit vereinzelten Veröffentlichungen aus der Literatur decken, wird die sogenannte Wurzelbestrahlung, d. h. die Röntgenbestrahlung der Austrittspunkte der Rückenmarks- und Hirnnerven empfohlen. Die Erfolge sind bei Ischias, Plexus-brachialis- und Trigeminus-Neuralgien und -Neuritiden sehr gut, sobald es sich um reine Nervenerkrankungen handelt; aber auch symptomatisch gegen den Schmerz infolge von Druck auf die Nerven ist die Bestrahlung empfehlenswert und als Heilmethode der Wahl anzuwenden. Die Wirkung beruht auf der Hyperämisierung der betreffenden Bezirke, weniger auf einer direkten Analgesierung.

Zur Behandlung wurden mit 1 mm Aluminium gefilterte Strahlen von 8 bis 10 Benoist verwendet, und zwar 3 mal $^1/_2$—1 H an verschiedenen Tagen, so daß im ganzen 3 H pro Serie und nach 10 Tagen die zweite Serie verabfolgt wurde. Die Strahlen sind dabei auf die Wurzeln der Rückenmarksnerven gerichtet, und zwar werden bei Ischias die Austrittsstellen neben dem 4. Lendenwirbel bis zum 3. Sakralwirbel bestrahlt, eventuell bereits vom 11. Brustwirbel an abwärts.

Langes (Kiel).

7) **Werner (Heidelberg). Radiotherapie der Geschwülste.** (Strahlentherapie Bd. II. Hft. 2. 1913.)

(Referiert im Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 17. p. 601.) Langes (Kiel).

8) **Gauss (Freiburg). Gynäkologische Tiefentherapie.** (Strahlentherapie Bd. II. Hft. 2. 1913.)

(Referiert in diesem Blatte 1913. Nr. 17. p. 605.) Langes (Kiel).

9) **George E. Pfahler (Philadelphia, Pa.) Die Behandlung von uterinen Blutungen mit Röntgenstrahlen.** (Am. journ. of obst. and dis. of w. and children 1913. Mai.)

Nach Besprechung der Theorie der Röntgenwirkung, der Menge-Eymerschen Angaben über Indikationen und Kontraindikationen teilt Verf. seine Erfahrungen bei Myomen, Metropathia haemorrhagica, Blutungen bei entzündlichen Adnexerkrankungen mit. In bezug auf die Technik gibt Verf. nichts Neues; es sind relativ kleine Dosen verabreicht worden. Nach allem hält Verf. die Röntgentherapie für die Methode der Wahl bei allen Fällen, bei denen eine Operation aus irgend einem Grunde kontraindiziert ist; ferner zur Beherrschung der uterinen Blutungen bei Pat., die der Menopause nahe sind, sofern bösartige Neubildungen, insbesondere beginnendes Karzinom, ausgeschlossen werden können. Um die Fälle für die Bestrahlung richtig auszuwählen, bedarf es großer gynäkologischer Erfahrung ebenso wie zur Therapie einer speziellen Ausbildung in der Röntgentechnik.

Jaschke (Gießen).

10) **Q. Ostrcil (Prag). Über Röntgen- und Mesothoriumtherapie in der Gynäkologie.** (Casopis ceskych lékaruo 1913. Nr. 27. [Böhmisch].)

Kritischer Bericht über diesbezügliche Literatur und gewonnene Resultate.

Digitized by Google

Autor behandelte selbst 4 Fälle von Myom (kombiniert mit chron. Nephritis, chron. Myokarditis in 2 Fällen) und erzielte in allen Fällen eine Verkleinerung des Tumors um $^2/_3$, $^1/_3$, $^1/_2$ und $^2/_3$; die Blutung wurde durch die Bestrahlung entweder ganz beseitigt (1 Fall), oder beträchtlich vermindert (2 Fälle), eine Frau war im Klimakterium. Jar. Stuchlik (München).

11) **Wertheim (Wien). Radiumbehandlung des Karzinoms.** Demonstration in der Ges. der Ärzte Wiens. (Wiener klin. Wochenschr. 1913. Nr. 24. p. 1000.)

Bei zwei Collumkarzinomen kamen je 16 und 18 mg Radium zur Anwendung, das in Bleikapseln in die Vagina möglichst nahe an das Karzinomgewebe eingelegt wurde. Der erste Fall, der 2500 mg-Stunden bekam, erwies sich als refraktär, der zweite bekam nur 1500 mg-Stunden und wurde dadurch aus einem fast inoperabeln zu einem leicht operabeln Fall. Die mikroskopische Untersuchung des exstirpierten Uterus ergab an der Oberfläche die von der Mesothoriumbestrahlung her bekannten Zellveränderungen des Karzinoms, dagegen fanden sich in der Tiefe noch zahlreiche, vollkommen erhaltenen Krebselemente.

Prof. Riehl (Radiumstation Wien) macht in der Diskussion darauf aufmerksam, daß zwar Mesothorium und Radium ganz ähnliche Strahlen aussenden, aber doch manche Unterschiede aufweisen, so daß man nicht berechtigt ist, die bei Mesothorium gemachten Erfahrungen ohne weiteres als für Radium gültig zu erklären. Besonders variieren beim Mesothorium die Zahlen- und Verhältnisangaben für die einzelnen Strahlenarten, während sie bei den Radiumträgern physikalisch genau ermittelt sind. — Der Gehalt der Mesothoriumpräparate an Radium schwankt je nach der Provenienz des zur Mesothoriumbereitung verwendeten Rohmateriales und beruht auf dem Urangehalt dieser Mineralien. Die Angabe Hahn's, daß Mesothoriumpräparate etwa 25% Radium enthalten, dürfte daher nicht für alle Präparate zutreffen. Die Bezeichnung »1 mg Mesothorium« bedeutet eine Mesothoriummenge, deren Gammastrahlung ebenso groß ist, wie die von einem Milligramm Radiumbromid; an Gewicht enthält diese Menge etwa ein Dreihundertstel Milligramm Mesothorium. Wenn also zur Behandlung eines Karzinomfalles 300 bis 800 mg Mesothorium tagelang verwendet wurden, so ergibt sich daraus keinerlei Berechtigung, gleichgroße Radiummengen bei einem Kranken ungestraft anwenden zu dürfen.

In den Bleifiltern und beim Auftreffen der Gammastrahlen auf Knochen entstehen Sekundärstrahlen, die den Betastrahlen im Wesen ähnlich sind und bei längerer Einwirkung Gewebsnekrosen erzeugen. Um diese Verbrennungen zu verhüten, müssen über die Bleihüllen noch weitere Filter (Papier oder Stanniol) gelegt werden oder es müssen ganz andere Filter gebraucht werden. Darüber sind zurzeit auf der Radiumstation Versuche im Gange.

Die Wirkung der Gammastrahlen erklärt sich Riehl in der Weise, daß in den Geschwulstelementen korpuskuläre Sekundärstrahlen (Betastrahlen) entstehen, deren ausgeschleuderte Elektronen die raschwachsenden Karzinomzellen vernichten, auf die Stromazellen dagegen anregend wirken. Linzenmeier (Berlin).

12) **G. E. Pfahler (Philadelphia). Inoperables primäres Karzinom der Brust. Einige gute Resultate durch Röntgenbestrahlung.** (New York med. journ. 1913. Nr. 17. p. 854.)

Bericht über 10 inoperable Fälle, die während der letzten 14 Jahre durch Bestrahlung, wenn auch nicht vollständig geheilt (was überhaupt nicht sicher festgestellt werden kann), so doch von ihren quälenden Symptomen für die Dauer von 1—8 Jahren befreit wurden. Die Fälle waren teils infolge der Ausdehnung

Digitized by Google

des Karzinoms, teils infolge von Metastasen oder schwerer Allgemeinerkrankung inoperabel, oder es hatte sich nach einer Operation ein inoperables Rezidiv eingestellt. Alle Pat. erholten sich sichtlich unter der Bestrahlung, primäre Tumoren und Metastasen wurden kleiner und beweglicher oder verschwanden vollständig.

Technik: Dosis: anfangs 2mal, später 4mal ($^4/_{10}$ einer Erythemdosis) gemessen mit Kienböck-Quantimeter, Holzknecht-Radiometer oder nach Sabourand und Noiré.

Röhre: Penetrierende Strahlen entsprechend 6—7 Benoist, Wasserkühlung.

Dauer einer Bestrahlung: 5—25 Minuten, je nach Stärke des Apparates.

Dauer der Behandlung: Anfangs täglich Bestrahlung, nach einigen Wochen mehrwöchige Unterbrechungen.

Fokus-Hautdistanz: 12 Zoll. Filtrierung der Strahlen durch Leder und 1mm Aluminium. Sorgfältiger Schutz der nicht zu bestrahlenden Haut.

Schottelius (Hamburg).

Puerperalfieber.

13) **G. Winter** (Königsberg). **Ursachen und Behandlung der uterinen Infektion in Geburt und Wochenbett.** (Jahreskurse für ärztliche Fortbildung 1912.)

Verf., der an Hand seiner Fälle von Geburtsfieber die Gefahren der operativen Schnellentbindung ziffernmäßig belegt und die Schädlichkeit gerade der hämolytischen Streptokokken für die Prognose bakteriologisch beweist, tritt erneut für seine strenge Forderung einer möglichst konservativen Geburtsleitung in diesen Fällen ein. Ähnliche Regeln gibt er für die Behandlung des fieberhaften Aborts, im besonderen verwirft er die Tamponade außer bei starker Blutung und zieht den Finger und dann die Abortzange der verbotenen Curette vor. Auch warnt er vor einer aktiven Therapie bei Bestehen von Entzündungsherden der Umgebung. Im Gegensatz zu anderen Autoren findet er auch beim Abort eine Sonderstellung der hämolytischen Streptokokken sowohl in der klinischen wie bakteriologischen Differenzierung der Prognose.

Von den Behandlungsmethoden des Puerperalfiebers verwirft er die wahllose Austastung wegen Retention von Eihäuten und Placentateilchen, weil ihre Folgen, namentlich bei Anwesenheit der hämolytischen Streptokokken, erwiesen gefährlicher sind als die konservative Behandlung. Die Ausspülung wird nur als Lokalbehandlung einer wochenlang bestehenden, eitrigen Endometritis geduldet. Gegen gelegentliche Cervixdrainage wegen Sekretstauung ist nichts einzuwenden. Die Ausräumung der Placentareste muß überhaupt individualisiert werden.

Lehfeldt (Berlin-Südende).

14) **Robert T. Gillmore** (Chicago). **Fortschritte in der Behandlung des Wochenbettfiebers.** (Journ. am. med. ass. 1913. Nr. 25. p. 1944.)

Unter Wochenbettfieber versteht G. »alle lokalen und allgemeinen Infektionen, die im Anschluß an Abort, Frühgeburt oder Geburt auftreten und im Becken ihren primären Herd haben«.

Puerperale Infektion ist im allgemeinen keine lokale, sondern eine allgemeine Erkrankung (Bakteriämie).

Der primäre Herd sitzt in den Genitalorganen, hat aber gegenüber der allgemeinen Infektion nur sekundäre Bedeutung.

Der wichtigste und gefährlichste Erreger ist der Streptokokkus, sodann der

Digitized by Google

Pneumokokkus. Bei Pyämie findet man auch andere Keime, als Erreger (Coli und Staphylokokken), die sich im allgemeinen aber nicht im Blut vermehren. G. züchtet die Streptokokken aus dem Blut und kultiviert sie in einem sterilen Blutcoagulum 18 Stunden, zählt sie nach Art der Blutkörperchenzählung aus und tötet die Kultur durch einstündige Erwärmung auf 56—60° C.

Die Sterilität des so erhaltenen Vaccins wird kontrolliert (besonders auf Tetanus). Zusatz von 0,4% Trikresol ist empfehlenswert, wenn auch nicht notwendig. Zweck hat die Vaccinehebandlung nur bei einer Leukocytose von 15000, bei niedrigeren Zahlen wird Nuklein gegeben, auch kalte Bäder, Salizyl und Pilokarpin steigern die Leukocytenzahl.

Die erste Injektion soll 15 Mill. betragen, nach Ablauf einer reaktiven Verminderung des opsonischen Index folgt ein leichter Temperaturanstieg und Vermehrung der vaginalen Sekretion.

Bleibt der Erfolg aus, so handelt es sich entweder

1) um eine falsche Diagnose des Erregers.
2) oder die Anfangsdosis war zu stark,
3) oder die Leukocytenzahl ist zu gering.

Bis zur Fertigstellung der Vaccine soll Heilserum gegeben werden, im übrigen aber nur für freien Abfluß der Sekretion (Erhöhung des Oberkörpers) und allgemeine Diätetik gesorgt werden. Uterine Eingriffe sollen nur bei striktester Indikation (Blutung) vorgenommen werden (Austastung), jede uterine und vaginale Spülung muß unterbleiben. Der Uterusexstirpation steht G. selbst bei multiplen Abszessen sehr skeptisch gegenüber. Schottelius (Hamburg).

15) **Kr. Brandt. Kindbettfieber und Fieber im Wochenbett.** (Norsk magazin for laegevidenskaben 1912. p. 1441.)

Trotz Anti- und Aseptik, trotzdem die Technik derselben in ihrer Ausführung und Handhabung bis ins Übertriebene sich entwickelt hat, kommen bei den Geburten und Wochenbetten verhältnismäßig oft Febrilia vor. — Es ist ungerecht, wenn unkritische Ärzte und das unkritische Publikum bei solchen Fällen immer dem Geburtshelfer — sei es ein Arzt oder eine Hebamme — die Schuld geben. — Es kommen im Wochenbett Infektionen vor, die man als Selbstinfektionen bezeichnen muß, insofern der Geburtshelfer für dieselben keine Verantwortlichkeit trägt.

Der Streit um die Autoinfektion läßt sich zum Teil daraus erklären, daß die verschiedenen Forscher unter demselben Namen verschiedene Begriffe verstehen.

Unter diesen Fiebern im Wochenbett spielen akzidentelle Krankheiten keine kleine Rolle, wie perforierende Geschwüre des Magen-Darmtraktus, Appendicitis, geborstene alte Pyosalpingen oder Beckenabszesse, Gonorrhöe, vor der Geburt entstandene Thromben usw.

Auch mit dem Blutstrom können Infektionserreger zu den Genitalien zugeführt werden, die im Wochenbett einen Locus minoris resistentiae bilden. — Die ursprüngliche Infektion kann in den Tonsillen, in den Brustdrüsen, in den Ohren oder anderswo ihren Sitz haben. — Durch Selbstinfektion können ernsthafte Fälle von Kindbettfieber entstehen.

Verf. referiert einige einschlägige Fälle: z. B. Tuberculosis pulmon., subfebriles Wochenbett, Exsudat im Abdomen rechts vom Uterus. Exitus letalis 29 Tage p.p.; Sektion: Salpingitis tuberculosa die sich in die Gebärmutter bis zur Placentarstelle fortgepflanzt hatte. Das Kind starb 26 Tage alt, Lungen durch und durch tuberkulös, wahrscheinlich kongenitale Tuberkulose. — Weiterer Fall: Wochenbett 14 Tage hindurch vollständig normal (Klinikbeobachtung). Zwei Wochen

Digitized by Google

später septisches Fieber. Mors. Sektion: Normale Genitalien. Eingangspforte der Infektion unsicher — wahrscheinlich eine kleine Wunde an der kleinen Zehe. — Solche und ähnliche Fälle zeigen, daß zuweilen nur die Sektion aufklären kann, ob ein Fieber im Wochenbett ein wahres Kindbettfieber ist, und es wird eine Pflicht sein, nicht gleich dem Geburtshelfer die Schuld zuzuschreiben.

K. Brandt (Christiania).

16) **Hippolite Chabrun (Paris). Beitrag zum Studium der Temperaturerhöhung unter der Geburt und ihre Folgen für Mutter und Kind.** (Revue prat. d'obst. et de péd. 26. Jahrg. Nr. 284.)

Unter 425 Geburten konnten bei 29 Frauen Temperatursteigerungen über 37,5° im Rektum festgestellt werden. Darunter waren 25 Primipara, 4 Multipara. Von den lebend geborenen 28 Kindern (3 starben) fieberte nur ein einziges. Aus den Beobachtungen an diesen Fällen geht hervor, daß das Fieber in der Geburt eine schlechte Prognose für Mutter und Kind in sich tragen kann. Im allgemeinen ist dasselbe vorübergehender Natur für die Mutter. Von den Kindern litten 12 unter der Geburt, so daß Kunsthilfe nötig wurde. Die Prognose für die Kinder nach der Geburt ist günstig.

Hohl (Bremerhaven).

17) **A. H. Harrigan (Neuyork). Intramuraler Abszeß des puerperalen Uterus.** (New York med. journ. 1913. 1. März.)

36j. IVpara, von Hebamme spontan entbunden. 4 Tage post part. klinische Aufnahme, Fieber, stinkende Lochien. Abrasio, Entfernung nekrotischer Placentarfetzen. Während der folgenden 6 Wochen unter intermittierendem Fieber Parametritis und Pyosalp. sin. Da Durchbruch in das Peritoneum befürchtet wurde, Laparotomie.

Flexur. sigmoid. verwachsen mit dem linken Uterushorn, intraperitoneale Eiterherde zu beiden Seiten des Uterus. Lösung der Flexur vom Uterus, hierbei Eröffnung eines Abszesses in der Uterussubstanz.

Tiefe supravaginale Exstirpation des Uterus, peritoneale Versorgung des Stumpfes. Reinigung der Bauchhöhle. Etagennaht, keine Drainage.

In der Rekonvaleszenz Bauchdeckenabszeß und Pneumonie. Heilung, Entlassung $1^1/_2$ Monate post operationem.

Der Abszeß war lymphogenen Ursprungs und solitär im Gegensatz zu den multipel auftretenden thrombophlebitischen Ursprungs.

Schottelius (Hamburg).

18) **Brix (Flensburg). Über einen durch Operation geheilten Fall von puerperaler Sepsis.** (Münch. med. Wochenschr. 1913. Nr. 24).

Bei einer 42 Jahre alten Frau traten nach der Ausräumung von Eiresten schwere Fiebererscheinungen und Schüttelfröste auf, die tagelang anhielten. Nach der Exstirpation des Uterus hörten die Schüttelfröste auf, und die Temperatur kehrte sofort zur Norm zurück.

Bei seinem operativen Vorgehen legt der Verf. besonderen Wert auf die Benutzung des Netzes zum Abdecken, wobei weniger an den Schutz gegen die Infektion als vielmehr gegen die Abkühlung der Därme zu denken ist. Durch darübergelegte, feuchte Kompressen kann das Netz auch bei Beckenhochlagerung in seiner Lage erhalten werden. Ferner betont Verf., daß man vor Eröffnung des Scheidenschlauches möglichst alle Eingriffe in der Bauchhöhle beenden solle. Deshalb wurden, nachdem der Uterus bis auf den Scheidenschlauch bloßgelegt und letzterer mit einer Wertheim'schen Klemme zusammengepreßt war, die seitlichen Öffnungen im Peritoneum bis hart an den Uterus vernäht. In der Mitte wurde durch vorderen und hinteren Peritonealrand eine tabaksbeutelartige Naht mit langem

Digitized by Google

Faden gelegt. Durch Zug an den Enden dieser Fäden entstand ein Hohlraum, in dem man sozusagen extraperitoneal den Scheidenschlauch durchschneiden konnte. Man brauchte jetzt nur noch die Enden der Fäden durch die Scheide herauszuleiten, um einen gut abschließenden Peritonealtrichter nach der Scheide zu bilden.

Frickhinger (München).

19) **J. Arnold. Beiträge zur Würdigung der Uterusspülung bei Puerperalfieber.** Inaug.-Diss., München, 1912.

Nach einem kurzen, historischen Überblick bespricht Verf. zunächst die Gefahren der Uterusspülung: 1) Luftembolie. Sie läßt sich vermeiden, wenn man nur das im Strahle fließende Mutterrohr in den Uterus einführt. 2) Der Gefahr des Einfließens von Flüssigkeit in die Uterusvenen kann man durch geeignete Wahl eines indifferenten, nicht toxischen Spülmittels aus dem Wege gehen. Intoxikationen mit Sublimat und Karbol sind dadurch gänzlich ausgeschlossen. 3) Hinsichtlich der Frage der Verletzung des Granulationswalles und des Losreißens von Thromben sind die Ansichten geteilt. Ebenso 4) hinsichtlich der Verschleppung von Keimen. 5) Das Einfließen von Flüssigkeit durch die Tuben in die Bauchhöhle läßt sich durch mäßige Fallhöhe der Spülflüssigkeit wohl sicher vermeiden. — Die Uterusspülungen wurden bei der ersten Temperatursteigerung bis 38,0° (rektal) begonnen und bis zum Abfall des Fiebers oder dem Eintreten von Komplikationen fortgesetzt. Als Spülmittel wurde fast durchweg physiologische Kochsalzlösung in kontinuierlicher Reihenfolge mit 100—200 ccm 1%iger Jodalkohollösung verwendet. — An der Hand von elf sehr ausführlichen Tabellen kommt Verf. schließlich zu folgenden Resultaten: »Gegen die schweren Formen des Puerperalfiebers erweist sich die Uterusspülung im allgemeinen als machtlos, wenn auch bei einzelnen Fällen ein günstiger Einfluß auf den Verlauf der Erkrankung nicht zu verkennen ist. — Bei mittelschweren, insbesondere aber bei leichteren Erkrankungen ist sie jedoch imstande, die Dauer des Fiebers abzukürzen, die Heilung zu beschleunigen, ja in einzelnen Fällen die Heilung zu bringen. — Die Gefahren der Uterusspülung sind bei geeigneter Technik und Wahl des Spülmittels teils gering, teils lassen sie sich ganz vermeiden. Bei nicht allzu hoch gestellten Ansprüchen leistet die Uterusspülung bei der Behandlung des Puerperalfiebers immerhin Gutes.«

Nürnberger.

20) **G. Bleynie** (Limoges). **Puerperale Infektion und Salvarsan.** (Revue mens de gyn., d'obst. et de péd. 7. Jahrg. Nr. 3.)

Verf. behandelte vier Fälle schweren Puerperalfiebers, in denen alle anderen Mittel vergeblich versucht waren, mit intravenösen Salvarsaninjektionen. Zwei Frauen starben, zwei genasen. Nach seiner Ansicht können beim Puerperalfieber 30 cg Salvarsan ohne jede Gefahr intravenös eingespritzt werden. Die Einspritzungen sind von sehr günstigem Einfluß, die Temperatur fällt ab, der Puls bessert sich ebenso wie der Allgemeinzustand. Diese Therapie ist in Fällen schweren Puerperalfiebers zu versuchen und wird manchmal ausgezeichnete Resultate geben.

Hohl (Bremerhaven).

21) **K. Schmidlechner** (Budapest). **Über den Wert der bakteriologischen Untersuchungen bei Puerperalfieber.** (Orvosi Hetilap, Gynaekologia 1912. Nr. 3.)

Nach einer Besprechung der Geschichte und der wichtigeren Streitfragen in der Bakteriologie der Wochenbetterkrankungen berichtet S. über seine eigenen 44 Fälle von Puerperalfieber, welche er an der II. Universitäts-Frauenklinik genau beobachtet hat. — Es wurden die Bakterien der Lochien auf ihre Morphologie und hämolytische Fähigkeit geprüft, die Untersuchungen mittels der Fromme'schen

Digitized by Google

Blutschwamm- und Lezithinmethode vorgenommen, das Blut der Kranken bakteriologisch geprüft, und so kam S. zum Resultate, daß die Fromme'schen Methoden zur Bestimmung der Prognose nicht ausreichen. Die Blutuntersuchung gibt sicherere Hinweise: Das einmalige Erscheinen von Streptokokken im Blute ist ohne Bedeutung; wurden aber im Blute ständig hämolytische Streptokokken in großer Zahl vorgefunden, so verlief die Erkrankung immer ungünstig. Auch die Bestimmung der Art der Krankheitserreger ist von Wichtigkeit, und es kann somit der Wert der bakteriologischen Untersuchungen bei Kindbetterkrankungen nicht verneint werden. Temesváry (Budapest).

Sterilität und Sterilisierung.

22) **Edwards Raynolds.** **Theorie und Praxis der Behandlung der Sterilität bei Frauen.** (Journ. of the amer. med. assoc. 1913. Januar 11.)

Von den verschiedenen Sterilität bedingenden Ursachen erörtert R. zunächst die Einwirkung des sauer reagierenden Vaginalsekrets auf die an schwach alkalische Säfte gewöhnten Spermatozoen. Weitere Hindernisse der Konzeption sind übermäßige cervicale Sekretion infolge zu häufig oder abnorm ausgeübten Geschlechtsverkehrs, ferner Eindickung des Cervicalsekrets infolge erschwerten Abflusses bei Stenosen des Cervicalkanals. Auch psychische Momente, die beim Weibe den Orgasmus verhindern, werden in ihrer Bedeutung für die Sterilität gewürdigt, wenn auch die Konzeptionsmöglichkeit bei Frigidät anerkannt wird. Einen breiten Raum nimmt die Besprechung der entzündlichen Adnexerkrankungen und ihrer Folgen ein. Bei Fehlen palpabler Tubenverdickungen ist intermittierend auftretende Sekretion aus dem Uterus (Hydrops tubae profluens) ein diagnostisch wertvolles Merkmal für abdominellen Verschluß des Tubenostiums. Fibröse Verdickungen der Ovarien können das Bersten der Follikel in die Bauchhöhle verhindern. Bei Laparotomien findet man dann in den Ovarien mehrfache, nicht geplatzte Follikel, die als kleine Cysten imponieren.

Die Prognose der Sterilität stellt R., abgesehen von Infantilismus der Genitalien und den Folgen schwerer entzündlicher Tubenerkrankungen, auffallend günstig. Therapeutisch werden empfohlen: Alkalisierung des Vaginalsekrets, Dilatation bzw. Plastik bei Stenose des Cervicalkanals, Ausheilung von Sekretionsanomalien des Uterus, »konservative«, nicht näher definierte Operationen der Ovarien. Vorbedingung einer Behandlung ist natürlich der Nachweis lebensfähiger Spermatozoen des Maritus. Schottelius (Hamburg).

23) **Alfred Pineau (Paris).** **Die Resultate der Stomatoplastik nach Pozzi.** (Revue de gyn. 1912. Bd. XIX. Hft. 1. 2 Abb.)

Das Prinzip der Methode, über welche Ref. in diesem Zentralblatte 1911, p. 222 berichtete, ist die Erweiterung des äußeren Muttermundes und des Cervicalkanals durch eine Plastik, welche die dauernde Erweiterung garantiert. Die Nachuntersuchung von 129, mit der Methode operierten Fällen ergab ein anatomisch sehr befriedigendes Resultat, wie eine Anzahl von Abbildungen beweisen, auch die funktionellen Erfolge waren gut. Heilung der Sterilität in 33%, der Dysmenorrhöe in 86%, schnelles Abklingen der meist vorhandenen Metritis cervicalis; Geburtsstörungen wurden nicht beobachtet, die Entwicklung des unvollkommen entwickelten Uterus günstig beeinflußt. — Aus allen diesen Gründen ist die Pozzische Operation der Dilatation unvergleichlich überlegen und gibt noch Erfolge, wo jede andere Therapie versagt. — Kontraindikation ist der infantile Uterus,

Digitized by Google

ebenso Adnexentzündungen. Sie ist die beste Behandlung der Sterilität und Dysmenorrhöe infolge angeborener Stenose des Collum uteri.

Küster (Breslau).

24) **G. de Tarnowsky** (Chicago). **Tubare Reimplantation.** (Journ. of the amer. med. assoc. 1913. Nr. 16. p. 1220.)

Die allgemein bekannten und geübten Sterilisationsmethoden garantieren nach T.'s Ansicht entweder keinen sicheren Tubenabschluß oder können durch Verlegung des Tubenlumens zu Hydrosalpingen führen. T. glaubt seine, auf »vernünftiger physiologischer und anatomischer Basis« fundierte Methode empfehlen zu können: Die Tuben werden an der Uteruskante durchtrennt und das uterine Ende invertiert und vernäht, die Tuben werden dann an der Hinterfläche des Uterus durch einen $1^1/_2$ Zoll langen, in der Uterusmuskulatur eingestoßenen Tunnel durchgezogen, so daß die Enden auf beiden entgegengesetzten Seiten heraussehen. Schließlich wird die Tubenmucosa evertiert.

T. hat die Operation 4mal ausgeführt und glaubt, gegebenenfalls wieder eine durchgängige Tube herstellen zu können, falls kein Grund mehr zur Sterilisation vorliegt.

Schottelius (Hamburg).

25) **Blumberg** (Berlin). **Neue Operation zur Sterilisierung des Weibes mit Möglichkeit der späteren Wiederherstellung der Fruchtbarkeit.** (Berliner klin. Wochenschrift 1913. Nr. 16.)

Der Operationsplan geht dahin, das Ovar in einer für sich völlig abgeschlossenen Tasche des Bauchfells zu lagern, so daß das Ovum nicht in die Tube gelangen kann. Den gedachten Zweck erreicht Verf. dadurch, daß er die Ala vespertilionis wie einen Mantel auf die Rückseite des Uterus herumklappt und die freien Ränder der Ala durch Seidennähte lückenlos an die dorsale Uterusfläche befestigt. Bei sechs so operierten Frauen traten keinerlei Unterleibsbeschwerden auf.

H. Fuchs (Danzig).

26) **P. F. Williams** (Philadelphia). **Die Anwendung des Metranoikters bei der Behandlung der Dysmenorrhöe und Sterilität.** (Journ. of the amer. med. assoc. 1913.)

Empfehlung einer Modifikation des Schatz'schen Metranoikters, der nach Dilatation der Cervix auf 8 mm und Abrasio für 24 Stunden eingelegt wird. Diese Dilatation muß eventuell noch mehrfach wiederholt werden.

Von 150 Fällen, die so wegen Sterilität und Dysmenorrhöe behandelt wurden, konnten 53 nachuntersucht werden (22 Dysmenorrhöe, 13 Sterilität, 18 Dysmenorrhöe und Sterilität). Von den 22 der ersten Gruppe wurden 8 geheilt, 5 gebessert, 9 blieben unbeeinflußt. Von der zweiten Gruppe wurden 10 im Verlaufe des folgenden Jahres gravid, 9 nicht. Von der letzten Gruppe wurden 10 geheilt, und 6 von ihrer Dysmenorrhöe gebessert; von den 10 geheilten wurden 3 gravid.

Schottelius (Hamburg)

27) **E. G. Sterner** (St. Paul). **Schwangerschaft nach Unterbindung der Tuben.** (St. Paul med. journ. 1913. Mai.)

Nach Resektion eines 4 cm langen Tubenabschnittes auf beiden Seiten wurden die ligierten Stümpfe durch einen Catgutfaden aneinander gelagert. 16 Monate später war die Pat. wieder gravid. Bei der Laparotomie zeigte sich, daß die linke Tube bis auf eine leichte Einschnürung an der Stelle der Resektion wieder ganz normal aussah. Auf Grund dieser Erfahrung empfiehlt Verf., zwecks Sterilisierung immer die Exstirpation der Eileiter vorzunehmen und außerdem den Tubenstumpf am Uterus mit Serosa zu bekleiden.

Jaschke (Gießen).

Digitized by Google

28) **Muzio Pozzi** (Bologna). **Malthus-Levatrice (Malthus-Hebamme).** (Ginecologia moderna 1912. Nr. 6.)

P. veröffentlicht in dem kurzen Artikel ein Zirkular, das der Zufall — oder eine unzufriedene Pat.? — ihm in die Hände spielte; darin bietet eine Hebamme, die sich mit dem Titel der Überschrift schmückt, ihre Dienste im Sinne der Verhütung von Gravidität an. Diese Schwangerschaftsverhütung ist nach der Ansicht des Prospektes nicht allein etwa wünschenswert, sondern Pflicht. Das Jahresabonnement kostet 50 Lire; für die Herrschaften aus der Provinz gibt es in der Villa der Dame Unterkunft nebst Musiksaal usw. Küster (Breslau).

Darm.

29) **Johann Fonyó** (Budapest). **Über Appendicitis der Frauen.** (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXXXIV. Hft. 1.)

Von 241 Frauen mit Appendicitis wurden 181 operiert, 161 von ihnen ausschließlich wegen Appendicitis. Durch Schwangerschaft und Wochenbett kompliziert waren 4 Fälle. 6mal fanden sich neben der Appendicitis Adnextumoren, 2mal Fibrome, je 1mal 1 Kystom und 1 Tubargravidität, ferner 1mal Dysmenorrhöe, 1mal Ren mobilis. Die Differentialdiagnose wird eingehend besprochen und an Beispielen rein gynäkologischer bzw. chirurgischer Art bei fehlender Appendicitis erläutert. Calmann (Hamburg).

30) **Milos Bogdanovitsch** (Budapest). **Appendix und weibliche Genitalien.** (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXXXIV. Hft. 1.)

Verf. bespricht die differentialdiagnostische Seite seines Themas vom gynäkologischen Standpunkt aus und gibt dann das Material der ersten gynäkologischen Klinik in Budapest wieder. Bei 1002 Laparotomien wurde nur 35mal der kranke Wurmfortsatz entfernt, in den letzten 388 Fällen allein 28mal. Die Krankengeschichten dieser Fälle werden gekürzt wiedergegeben. Ferner wurden in 194 Fällen genaue Beobachtungen über die Appendix festgelegt, die sich auf die Lage, speziell zum kleinen Becken, die Entwicklung, Länge der Appendix usw. beziehen. 7mal fand sich eine rudimentäre Appendix, 3mal war sie links mit dem S romanum verwachsen, 1mal unter Abszeßbildung mit dem linken Ovarium, 2mal im Douglas, je 1mal am Uterus bzw. an der Blase fixiert. 19mal war ihre Entzündung die Ursache von Genitalerkrankungen gewesen, 5mal hatte sie eine fixierte Retroflexio verursacht, 2mal hatte sie zu eitrigen Entzündungen der Ovarien geführt. Krank war die Appendix 5mal bei Uterusmyomen, 8mal bei Ovarialcysten, 2mal war die Appendix in den durch Stieltorsion der Cyste verursachten Bauchfellprozeß mit einbezogen und entzündet, 4mal war sie mit einem tubaren Fruchtsack verwachsen. 14mal hatten entzündliche Adnexerkrankungen, darunter 4 Tuberkulosen, auf die Appendix übergegriffen. Zurzeit wird in der ersten Frauenklinik bei jeder Laparotomie der Wurmfortsatz aufgesucht und, wenn er erkrankt ist, entfernt. Calmann (Hamburg).

31) **Theodor Haagn** (Voitzburg). **Zur Technik der Appendektomie.** (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CXIX. Hft. 5 u. 6.)

Verf. legt vor Durchschneidung des in einer Quetschfurche ligierten Processus eine Tabaksbeutelnaht an, die den Stumpf einstülpt.

Calmann (Hamburg).

Digitized by Google

32) **A. Narath** (Heidelberg). **Zur Technik der Appendektomie.** (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CXIX. Hft. 5 u. 6.)

N. empfiehlt, vor Abschneidung des Wurmes eine Tabaksbeutelnaht am Coecum anzulegen, dann in die durch Abklemmung hervorgerufene Quetschfurche den Abschnürungsfaden zu bringen und zwischen ihm und einer dicht oberhalb angelegten schmalen Arterienklemme den Wurm durchzuschneiden. Verf. legt sehr kurze Hautschnitte an von etwa $1^1/_4$—$2^1/_2$ cm Länge und durchtrennt die Muskeln und Aponeurosen in einer Faserrichtung auf eine größere Strecke, indem der Hautschnitt sehr weit auseinander gezogen und verschoben wird. Diese kleinen Schnitte bleiben jedoch nur reserviert für einfache und unkomplizierte Fälle.

Calmann (Hamburg).

33) **Clarence A. McWilliams** (Neuyork). **Appendixoperationen.** (Med. and surg. report of the Presbyterian hospital in the City of New York 1912.)

Statistische Arbeit über 1411 im Presbyterian Hospital of New York ausgeführte Appendixoperationen. Verf. entscheidet sich auf Grund seiner Zahlen für die Operation der akuten Appendicitis in jedem Stadium, auch nach dem 3. Tage. 6 Fälle waren kompliziert durch Gravidität. Die 4 Fälle, die zwischen 2. und 4. Monat gravid waren, abortierten nicht und kamen durch. Bei 2 Pat. bestand Graviditas mens. VI, beide abortierten, die eine 9, die andere 48 Stunden nach der Operation; beide starben.

Fleischhauer (Kiel).

34) **John Hartwell** (Neuyork). **Über Behandlung der fortschreitenden Peritonitis nach Appendicitis.** (Med. and surg. report of the Presbyterian hospital in the City of New York 1912.)

Verf. berichtet über 12 zum Teil sehr schwere Fälle, die alle 12 geheilt wurden. In allen 12 Fällen wurde zunächst die gangränöse Appendix entfernt, und zwar einfach abgebunden und der Stumpf mit Karbolsäure und Alkohol geätzt. Dann wurden mit einem rückläufigen Spülrohr systematisch die verschiedenen Teile der Bauchhöhle ausgespült. Wenn Eiter gefunden wurde, wurde an der betreffenden Stelle so lange gespült, bis die Spülflüssigkeit klar abfloß. Dann wurde die Wunde geschlossen und nur ein Zigarettendrain eingelegt.

Fleischhauer (Kiel).

35) **R. Buchbinder** (Chicago). **Retroperitoneale Ruptur der Appendix mit Eiterguß in den rechten Schenkel und folgender Gangrän des Schenkels.** (Journ. of the amer. med. assoc. 1913. Nr. 23. p. 1782.)

Obiger Befund wurde post mortem bei einer Pat., die, moribund eingeliefert, 29 Stunden nach der Aufnahme starb, erhoben. Der Processus lag retrocoecal, an der Spitze gangränös, der Eiter (Bakterium coli) hatte sich retroperitoneal auf den Ileopsoas gesenkt, die oberflächlichen Muskeln des enorm geschwollenen rechten Oberschenkels durchsetzt und sie zur Nekrose gebracht.

Anamnestisch wurde nachträglich der Beginn der Erkrankung auf den 11. Tag ante mortem festgestellt, am 3. Tage hatte sich Pat. nach einer leichten Besserung im Befinden erhoben, worauf unter Schüttelfrost und schweren Schmerzen eine monströse Schwellung des rechten Beines sich eingestellt hatte.

Schottelius (Hamburg).

Digitized by Google

36) **B. Hughes** (Bradford). **Tetanie bei akuter eitriger Appendicitis des Erwachsenen.** (Brit. med. journ. 1913. April 26.)

Bei einer 35jährigen Frau entwickelte sich im Anschluß an einen retrocoecalen perityphlitischen Abszeß typische Tetanie beider Hände. Nach der Operation erholte sich die Pat. außerordentlich, und die früher aufgetretenen Schmerzattacken, die auf den Magen bezogen worden waren, stellten sich nie wieder ein. Der Fall zeigt nach Verf.s Ansicht, daß man bei den gastrointestinalen Tetanien stets auch an den Appendix denken soll. Sieber (Grunewald-Schmargendorf).

37) **R. Leriche** (Lyon). **Über einen Fall von primärem, akutem Magen-Duodenalverschluß.** (Deusche Zeitschr. f. Chirurgie Bd. CXIX. Hft. 5 u. 6.)

Bei dem 20jährigen Kranken war der Magen so dilatiert, daß er per rectum gefühlt werden konnte. Die Laparotomie erst deckte die Kompression des Duodenums durch die Mesenterialarterien auf. Eine Gastroenteroanastomose konnte den Exitus nicht verhindern. Verf. spricht von der Seltenheit der Beobachtungen. (Bei der Aufzählung der Autoren sind eine ganze Reihe deutscher Herkunft nicht genannt. Ref.) Calmann (Hamburg).

38) **A. Bonner McConnell** (San Francisco). **Darmverschluß.** (Amer. journ. of obst. and dis. of w. and children 1913. April.)

Die Mortalität an Darmverschluß, die früher 50—70% betrug, geht in den letzten Jahren zurück, weil frühzeitige Diagnose und Operation, sowie Dauerdrainage bei Fällen, die bereits Vergiftungserscheinungen zeigen, viele der früher verlorenen Menschenleben retten. Die Tierexperimente verschiedener Autoren haben gezeigt, daß bei hohem Darmverschluß die Hauptgefahr in dem durch vieles Erbrechen bedingten Säfteverlust liege, bei tiefem Darmverschluß große Kochsalzgaben sehr günstig wirken; Hunde konnten dadurch 3 Wochen lang am Leben erhalten werden. Auch bei Unterbindung des Duodenums konnte durch Drainage der sonst sehr rasch eintretende Exitus hinausgeschoben werden. Gefährlich ist vor allem der Verschluß der Gefäße, wogegen Verschluß durch Adhäsionsstränge nach Lösung derselben eine gute Prognose gibt. Es ist daher darauf zu dringen, daß in jedem Falle von diagnostiziertem Darmverschluß so rasch wie möglich operiert wird. Jaschke (Gießen).

39) **George Woolsey** (Neuyork). **Über postoperativen Ileus.** (Med. and surg. report of the Presbyterian hospital in the City of New York 1912.)

Verf. unterscheidet Früh- und Spätformen. Die Spätformen sind immer mechanisch bedingt, die Frühformen mechanisch oder paralytisch. Die paralytischen Formen sind entweder durch Infektion bedingt oder durch zu rauhe Behandlung des Darmes während der Operation. Hierdurch wird eventuell die gewöhnliche, leichte postoperative Darmlähmung verlängert, die Schlinge überdehnt; sie verliert so schließlich ihre Kontraktionsfähigkeit. Es gibt jedoch auch eine reflektorische Darmlähmung durch Splanchnicuslähmung. Verf. beobachtete einen ähnlichen Fall wie den Kocher'schen bei Torsion des Netzes. Außerdem sah er reflektorische Lähmung bei eitrigen Prozessen in der Pleura und bei Pneumonie.

Die Erkennung des früh einsetzenden postoperativen Ileus, vor allem die Abgrenzung von der gewöhnlichen postoperativen Darmparese und dem Ileus arterio-mesentericus — der akuten Magendilatation —, macht eventuell Schwierigkeiten. Ob paralytischer oder mechanischer Ileus vorliegt, läßt sich in manchen

Digitized by Google

Fällen nicht mit Sicherheit unterscheiden. Ist der Fall bei der Operation noch in leidlich gutem Zustande, so soll man kurz nach einem mechanischen Hindernis suchen. Findet man ein Hindernis nicht, so macht man die Ileostomie, führt ein Darmrohr ein und wäscht den Darm aus. Bei desolaten Fällen beschränkt man sich auf den kleinsten Eingriff und macht prinzipiell nur die Ileostomie. Wichtiger als die Behandlung ist die Prophylaxe des Ileus — gute Asepsis, schnelles, schonendes Operieren und gute Peritonealisierung der Wundflächen.

Fleischhauer (Kiel).

40) **H. B. Sweetser (Minneapolis). Postoperativer Ileus.** (St. Paul med. journ. 1913. Mai.)

Auf Grund von 14 Fällen, deren Krankengeschichten kurz mitgeteilt werden, bespricht Verf. ausführlich das Krankheitsbild des postoperativen Ileus. Der Darmverschluß kann nicht nur einige Tage nach der Operation, sondern auch nach viel längerem Intervall (selbst nach Jahren noch) eintreten. Der paralytische Ileus tritt infolge von Mißhandlung von Darm und Peritoneum oder entzündlichen Veränderungen des Peritoneums auf, der mechanische Ileus infolge von abknickenden Strängen oder andersartigen Adhäsionen bzw. Kompression des Darmes. Wichtig ist es für die Therapie, beide Formen zu unterscheiden. Denn bei paralytischem, namentlich auf entzündlicher Basis entstandenem Ileus schadet die Laparotomie nur, beim mechanischen Ileus ist sie unbedingt notwendig. Die diagnostischen Kriterien werden ausführlich besprochen, ebenso die therapeutischen Maßnahmen. Nichts Neues.

Jaschke (Gießen).

41) **B. L. Myers (Omaha). Eine Methode zur Stillung rektaler Hämorrhagien.** (Journ. of the amer. med. assoc. 1913. Nr. 21. p. 1619.)

Bei einer schweren Hämorrhoidalblutung hat sich Verf. sehr gut eine Tamponade der Ampulla nach Art der Mikulicz-Tamponade bewährt; ein Gazestück von 14 Zoll Seitenlänge wird über einem Rektoskop eingeführt und durch das Spekulum mit Bandgaze eine feste Tamponade des Rektums ausgeführt.

Schottelius (Hamburg).

42) **Schilling (Leipzig). Die Entstehung der Koprolithen.** (Wiener klin. Rundschau 1913. Nr. 14.)

Im Anschluß an einen Fall von 17 Kotsteinen im Rektum einer stark obstipierten Frau mit Scirrhus ventriculi glaubt Verf. behaupten zu können, daß es sich bei der enteralen Lithiasis absolut nicht immer um analoge Vorgänge zu handeln braucht, wie wir sie bei anderen Konkrementbildungen kennen. Vielmehr ist S. der Überzeugung, daß stagnierende Skybala ebenfalls inkrustieren können. Die Symptome sind uncharakteristisch, so daß die Diagnose oft intra vitam nicht gestellt wird. Als Therapie empfiehlt Verf. Laxantia und Einläufe, unter Umständen digitale Entfernung vom Rektum aus.

Friedrich (Kiel).

Berichtigung: In Nr. 33, p. 1229, Absatz 2, Zeile 11 lies Stelle statt Rolle; in Absatz 3, Zeile 5 statt »erschien nur gebläht« — erschien mir gebläht.

Originalmitteilungen und Referate für das Zentralblatt wolle man an *Prof. Dr. W. Stoeckel* in Kiel, Monographien, Sonderdrucke und Bücher-sendungen an *Prof. Dr. W. Stoeckel* oder an die Verlagshandlung von *Johann Ambrosius Barth*, Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. W. Stoeckel in Kiel.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Digitized by Google

Zentralblatt für Gynäkologie

begründet von HEINRICH FRITSCH

herausgegeben von

WALTER STOECKEL in Kiel.

37. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 36. Sonnabend, den 6. September 1913.

Inhalt.

Originalien: **J. Fonyó**, Über das primäre Tubenkarzinom.

Neue Bücher: 1) **Hofmeier**, Handbuch der Frauenkrankheiten.

Berichte: 2) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.
Behm, Spülapparat. — **Ruge**, Corpus luteum und Menstruation; Myom und Schwangerschaft. — **Heinsius**, Ureterstein; Fremdkörperappendicitis. — **Meyer**, Anatomie und Physiologie des Ovariums.

3) Verhandlungen der amerikanischen Gesellschaft von Geburtshelfern und Gynäkologen.
Smith, Extrauteringravidität. — **Stewart**, Digestionstraktus des Neugeborenen. — **Sellman**, Uterusprolaps. — **Lobenstine**, Tuberkulose. — **Skeel**, Entbindung bei Steißlage. — **Torrance**, Polycystische Degeneration der Niere. — **Tulcy**, Schwangerschaftstoxämie. — **Goodmann**, Schutz und Wiederherstellung des Dammes. — **Darnall**, Puerperale Septikämie. — **Furniss**, Operation tuberkulöser Affektionen. — **van Sweringen**, Appendicitis. — **Hotaling**, Ammoniakkoeffizient in der Gravidität. — **van Amber Brown**, Erkrankungen der oberen Harnwege. — **Lott**, Schnelldilatation und Accouchement forcé.

Zeitschriften: 4) Archivio di ost. e gin. Bd. III.
Taliercio, Genitaltuberkulose. — **Piccoli**, Ovariolytisches Serum. — **Capellani**, Pocken und Schwangerschaft. — **Enea**, Extraperitonealer Kaiserschnitt. — **Lenzi**, Stielgedrehte Parovarialcysten. — **Maiella**, Infektion der Laparotomiewunde bei Genitaltuberkulose. — **Piccoli**, Struktur der fötalen Gefäße. — **Lenzi**, Fibroperitheliom des Ovariums. — **Poso**, Chorioepitheliom. — **Capaldi**, Extraperitonealer Kaiserschnitt, Blasen-Scheidenfisteln. — **Rizzacasa**, Ruptur von Ösophagusvaricen intra partum. — **Lamacchia**, Adenomyoma uteri, Spirochäten in syphilitischen Föten.

Blasenmole und Chorioepitheliom: 5) **Poso**, 6) **Cary**, 7) **Proust** und **Bender**, 8) **Pollosson** und **Violet**, Chorioepitheliom. — 9) **Yamato**, Chorionangioma placentae. — 10) **Daels**, Chorioepitheliale Zellinvasion. — 11) **Sundt**, Blasenmole.

Fötus und Neugeborenes: 12) **Neuberg**, Säuglingsmortalität. — 13) **Lichtenstein**, Morbidität im Wochenbett bei Fruchttod. — 14) **Colombarolli**, Angeborener Herzfehler. — 15) **Lampert**, Foetus papyraceus. — 16) **Pridham**, Intrauterin aufgetretene Windpocken. — 17) **Kosmak**, Depressionsfrakturen am Schädel. — 18) **Davis**, Thymustod. — 19) **Rowell**, Melaena neonatorum. — 20) **Postlethwaite**, Langer Zwischenraum zwischen den Geburten zweier Zwillinge.

Geburtshilfliche Operationen: 21) **Kosmak**, Radikale und konservative Methoden. — 22) u. 23) **Harrar**, Hohe Zange. — 24) **Zangemeister**, Umwandlung der Gesichtslage. — 25) **Jullien**, Verschleppte fehlerhafte Lagen. — 26) **Wortsmann**, Vorfall mehrerer Extremitäten. — 27) **Good**, Gummidilatationsballon.

Harnorgane: 28) **Borelius**, Hydronephrose. — 29) **Graves**, Kongenitale Cystenniere. — 30) **Lobenhoffer**, Funktionsprüfungen an transplantierten Nieren. — 31) **Hohlweg**, 32) **Raimoldi**, Pyelitis. — 33) **Pieri**, Angeborene Uretermißbildung. — 34) **Muret**, Inkontinenz und Vaginalprolaps.

Medikamente: 35) **Katz**, 36) **Wood**, Medikamentöse Behandlung der Uterusblutungen. — 37) **Eisner**, Narkophin. — 38) **Lindsay** und **Leckie**, Aspirinvergiftung. — 39) **Lewin**, Valamin. — 40) **Daels** und **de Somer**, Elektroselenium. — 41) **Doussy**, Yohimbin. — 42) **Dobrowolskaja**, Scharlachrot und Amidoazotuol.

Über das primäre Tubenkarzinom.

Von

Dr. Johann Fonyó,

Frauenarzt und Operateur an der II. chirurgischen Klinik zu Budapest.

Seit den Orthmann'schen Mitteilungen (1886) über Tubenkarzinom sind in der deutschen, englischen und französischen Literatur nur 120 Fälle beschrieben worden (Fromme und Heynemann).

Diese Seltenheit ist jedoch nur scheinbar. Bei Adnexerkrankungen werden die exstirpierten Tumoren sehr oft gar nicht näher betrachtet, sondern nach ein-

Digitized by Google

facher Besichtigung in Konservierungsflüssigkeit aufbewahrt, da man gar nicht ahnt, daß in den mit perisalpingitischen Verwachsungen umgebenen und mit Entzündungen behafteten Eileitern außer dem Eiter noch ein maligner Prozeß schleicht. So war es z. B. in Osterloh's Fall, wo erst nach einem Jahre, nachdem in der Narbe des Bauchschnittes Karzinommetastasen entstanden, das betreffende Präparat gesucht und mittels mikroskopischer Untersuchung das Karzinom der Tube entdeckt wurde.

Außerdem ist das Bild des Papilloms und Sarkoms der Tube dem Bilde des Karzinoms sehr ähnlich. Darauf machte schon Zweifel aufmerksam. Es kam auch, wie in den Fällen Senger und Sänger, bei einem unserer Fälle vor, daß ein Kollege unseres pathologischen Institutes, die mikroskopischen Bilder des Präparates als für Sarkom beweisend erklärte, während sich bei einer Revision der Adnextumoren nach meiner genaueren Untersuchung dennoch Karzinom herausstellte.

Außerdem sind wir gewöhnt, bei Adnextumoren konservativ vorzugehen. Und da das klinische Bild des Tubenkrebses keinesfalls charakteristisch ist, bevor es zur Kachexie führt, wurden gewiß viele Fehldiagnosen gestellt, ohne daß hierüber die erforderliche Klarheit geschaffen worden wäre. Wenigstens wurde bisher der Tubenkrebs nur in 6,5% der Fälle diagnostiziert.

I. Fall (s. Fig. 1 und 2).

50jährige Frau, die 2mal gebar und 1mal abortierte. Die Geburten — mit Ausnahme der vorletzten, welche vor 15 Jahren erfolgte und mit großer Blutung verbunden war — waren regelmäßig. Letzte Menstruation vor 2 Jahren; Menses stets mit starken Blutungen und Schmerzen verbunden. Nach jeder zeigte sich langwierige, dünne, blutig-wäßrige Sekretion. Pat. verspürte eine Geschwulst im Bauche, deren Wachsen sie auch wahrnehmen konnte, die sich aber seit 3 bis 4 Monaten an Größe nicht änderte.

Fig. 1. Rechtseitige Tube von Fall I. 1/6 Größe.
1) Das abdominale Ende der Tube mit den Fimbrien.
2) Das uterine Ende der Tube.
3) Der atrophische Eierstock.

In der rechten Seite des ausgedehnten Bauches ist eine harte, knollige Geschwulst tastbar, deren obere Teile beweglich sind; die untere Kuppe jedoch, welche sich in der Gegend der Spina ant. sup. in das Becken senkt, ist unbeweglich. Vagina erweitert. Auf das vordere Scheidengewölbe senkt sich links eine harte, knollige Resistenz herab, die nach oben in eine größere Geschwulst übergeht.

Über dem rechtseitigen Scheidengewölbe ist der untere Pol der von außen

Digitized by Google

getasteten, rechtseitigen Geschwulst zu erreichen, der sich bei kombinierter Untersuchung beweglicher zeigt.

Klinische Diagnose: Wahrscheinlich multiple, subseröse Uterusmyome.

Operation: Bauchschnitt in der Linea alba, ca. 15 cm lang. Nach Öffnung des Peritoneums drängt sich in die Bauchwunde ein mannsfaustgroßer Teil der einen Geschwulst, der mit dem Omentum majus, mit den Därmen und der Beckenwand durch peritoneale Adhäsionen verwachsen ist. Die Hauptmasse der Geschwulst bildet die rechte Tube selbst. Die linke Tube ist der rechtseitigen ähnlich verbildet.

Exstirpation beider Adnextumoren mit keilförmiger Exzision der Tubenecken.

Der vergrößerte Uterus lag retroponiert, eingekeilt zwischen den beiden Geschwülsten und um seine Achse gedreht, so daß seine rechte Ecke nach vorn sah.

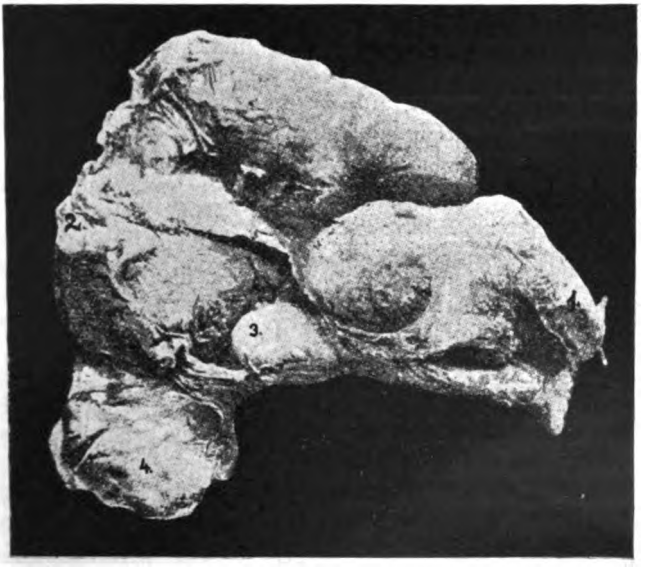


Fig. 2. Photographie ($^1/_6$ Größe) der linkseitigen Tube des I. Falles.
1) Das abdominale Ende der Tube mit den Fimbrien.
2) Das uterine Ende der Tube.
3) Das atrophische Ovarium.
4) Ein cystisch degenerierter Teil des Tumors.

Verlauf: Am 1. Tage der Operation nachmittags 4 Uhr Temperatur 37 ° C, Puls 88; 2. Tag Temperatur 37,7° C, Puls 108. Ohne Injektion ruhig geschlafen, nicht erbrochen, Bauch nicht meteoristisch, nicht empfindlich; Zunge feucht, leicht belegt, Urin trüb; nachmittags 6 Uhr Temperatur 38,5 °C, Puls 120, 9 Uhr Temperatur 39,4° C, Puls 136, sehr schwach, Gliedmaßen kalt. Kampfer, Strophanthus. 3. Tag Temperatur 39,3° C, Öffnen des Douglas, wobei sich einige dunkle Bluttropfen entleeren; Peritoneum rein, nachmittags 1 Uhr Exitus.

Die Sektion ergab allgemeine Sepsis. In der Bauchhöhle 50 g rötlich-seröse Flüssigkeit, mit Blutgerinnseln untermischt. Die Serosa der geblähten Gedärme rötlich injiziert, matt glänzend, ödematös. Am Bauchfell dieselben Verhältnisse.

Geschwulstreste nirgends bemerkbar.

Milz weich, stark vergrößert, von rötlichgrauer Farbe. Das Herz normal

Digitized by Google

groß. Das Endokardium zumeist glatt, an manchen Stellen rötlich inbibiert. Ebenso die Aorta mit einigen hervortretenden, grauweißen Prominenzen von ziemlich fester Konsistenz. Der Herzmuskel schlaff, weich, brüchig, von gekochter Fleischfarbe.

Die Leber etwas vergrößert, sehr weich, gelblich-rot gefärbt. Die Schnittfläche zeigt ein verschwommenes Bild der Leberacini.

Beide Nieren mäßig vergrößert. Kapsel leicht abschälbar. Schnittfläche rötlichgrau, Konsistenz weich.

Am oberen Teile der Leber ist eine vom Diaphragma herabhängende Geschwulst in der Größe einer kleinen Faust in die Lebersubstanz hineingewachsen, welche weiß-rötlich gefärbt und mit der Leber verwachsen ist. Nach oben hebt sie den Herzbeutel etwas in die Höhe.

Sie erweist sich mikroskopisch als Metastase eines Zottenkrebses von solidem Typus, mit größeren und kleineren nekrotischen Herden und hochgradigem Polymorphismus der Zellen.

Die beiden Tuben sind zu je einem Saktosalpinxsack umgebildet, je 14 cm lang und 7 cm dick. Dieselben sind an einzelnen Stellen von solider, höckeriger, an anderen von weicher Konsistenz, und teilweise cystisch degeneriert. Im allgemeinen sind sie rosenrot und an ihrer Oberfläche mit Resten von peritonealen Adhäsionen bedeckt. An den unteren, konkaven Rändern der Geschwülste liegen die gesunden, atrophischen, nicht mit ihnen verwachsenen Ovarien.

Fig. 3. Ein mikroskopischer Schnitt der rechten Tube des I. Falles.
Hämatoxylin-Pikrofuchsinfärbung.
Apochrom. 22,5 mm. Projekt. Okul. 8.
Typisches Bild des Zottenkrebses des Eileiters.

Die Schnittflächen zeigen den Charakter einer encephaloiden Geschwulst. Die Höhle der Tube wird durch die weiche Substanz des Tumors vollkommen ausgefüllt. Durchschneidende weiße Herde, undurchsichtige gelbe Flecke und mit Blut gefüllte Höhlen wechseln miteinander ab; von der Schnittfläche der weichen Geschwulstsubstanz ist viel milchartiger Saft abstreichbar. Die von der Wand der Tube ausgehenden und gegen die Mitte der Geschwulst radiär verlaufenden, bindegewebigen, weißen Trabekel bedingen in den nicht degenerierten Partien teils papillären, teils retikulären Bau. Unter der Serosa sind hier und da halbkugelförmig erhabene, metastatische Herde zu finden.

Die von verschiedenen Partien der Geschwülste genommenen mikroskopischen Schnitte (s. Fig. 3, 4, 5) geben das Bild einer medullären, encephaloiden Geschwulst.

Die langen, dünnen, irregulär verlaufenden, zottenartigen Papillen (Fig. 3) sind mit einschichtigem Epithel bedeckt und haben ein zellenarmes Bindegewebe enthaltendes Stroma. Stellenweise dringen sie auch in die Muscularis der Tube ein und bilden dort Röhren mit einschichtigem Epithel (Fig. 4b).

Digitized by Google

Die einzelnen Alveolen der alveolären Bau zeigenden Teile (Fig. 4a) sind voneinander einerseits durch bindegewebige Septen, andererseits durch von der Tubenwand stammende Muskelbündel abgesondert.

In den Randteilen der Präparate können wir die gegen die Muscularis strebenden Zapfen und die in der Muscularis sitzenden Epithelinseln unterscheiden.

Das Papillenepithel ist also nicht nur gegen das Lumen der Tube, sondern auch in die Muscularis vorgedrungen. Was die Wand der Tube durch ihre Hypertrophie an Stärke gewinnt, das absorbieren die heterotopen Karzinommassen, so daß die Wand der Tube nicht wesentlich verdickt scheint.

Auffallend ist aber, daß die in die Muscularis der Tube dringenden Gewebszapfen (Fig. 4 b) nur spärlich vorhanden sind, und daß die Wucherung der Krebsmassen nicht so sehr gegen die Wand der Tube, als vielmehr gegen ihr Lumen erfolgt.

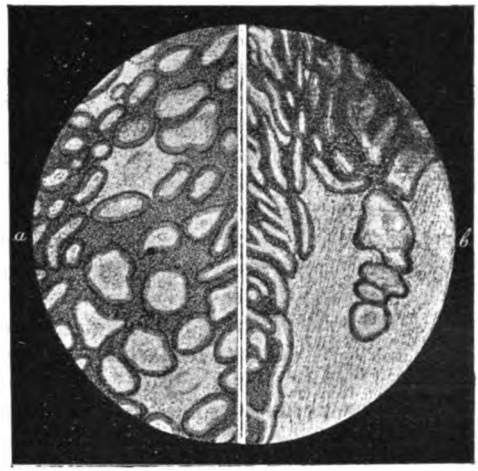


Fig. 4. Schnitte aus der linken Tube des I. Falles. Hämatoxylin-Pikrofuchsinfärbung. Apochrom. 45 mm. Projekt. Okul. 4.
a. Teil mit alveolarer Zeichnung.
b. Teil mit in die Muskelwand der Tube dringenden Alveolen, überall mit einschichtigem Epithel bedeckt.

Unsere Zweifel über den krebsartigen Charakter des scheinbar oberflächlich in der Schleimhaut der Tube sich vollziehenden Prozesses beheben indessen vollkommen einesteils die vorher erwähnten, in die vorgeformten Spalten der Tubenwand hineingepreßten Epithelzellengruppen, andernteils die bei der Sektion im Diaphragma gefundene Metastase.

Die eng aneinander gepreßten Zapfen (Fig. 5a) erscheinen auf den Schnitten stellenweise als gyriforme Bildungen und liegen stellenweise sehr nahe an der Serosa.

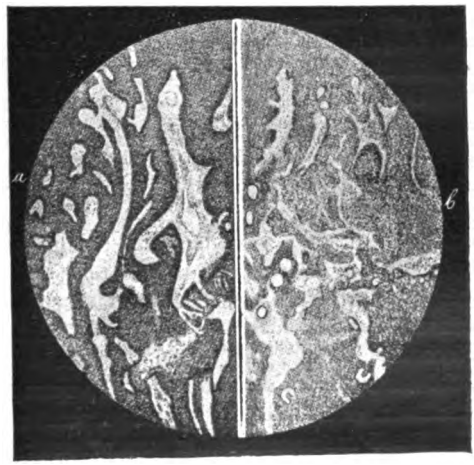


Fig. 5. Schnitte aus der linken Tube des I. Falles. Hämatoxylin-Pikrofuchsinfärbung.
a. Partien mit gyriformen Zeichnungen.
b. Partien mi thyalinen Perlen und inselförm. Blutungen. Die hellrot gefärbten hyalinen Perlen erscheinen im Bilde als weiße runde und hufeisenförmige Flecken.

Bei starker Vergrößerung zeigt sich, daß die Epithelzellen den Typus von Zylinderzellen besitzen und hochgradigen Polymorphismus sowie Mitosen aufweisen.

Das gegen das Zentrum des Tubenlumens in großer Masse desquamierte

Digitized by Google

Epithel zeigt die verschiedenen Grade der Koagulation und Nekrobiose. Das bindegewebige Stützgewebe der Papillen ist zellenarm und zeigt kleinere und größere, baumartig verzweigte Flächen.

Zwischen den Epithelzellen, von diesen durch eine lichte Zone getrennt, oder gleichsam zwischen sie eingekeilt, sitzt hier und da eine Hyalinperle (Fig. 5b), die entweder dem Papillenstützgewebe oder der Wand eines Gefäßes entstammt.

Die Ovarien, welche infolge der Vergrößerung der Tuben gestreckt, ca. 5 cm lang und 1 cm breit sind, haben eine harte Konsistenz und eine gefurchte Oberfläche. Die Gefäße sowohl in der Marksubstanz, als auch in der Corticalis, sind vermehrt, erweitert, und ihre dicken Wände sind hyalin degeneriert. Das richtige Bild der Angiodystrophia ovarii.

Fall II. 56jähr. Frau, die dreimal gebar. Letzte Schwangerschaft vor 20 Jahren, letzte Menstruation vor 5 Jahren. Die Geburten und Wochenbetten verliefen regelmäßig. Schon vor 3 Jahren konstatierte ihr Arzt eine eigroße, rechtseitige Geschwulst, welche seither unter fortwährenden Schmerzen wuchs. Vor einem Jahre 5 Tage hindurch dünne, aber geruchlose Blutung. Während dieser Zeit hatten sich die Schmerzen vergrößert. Pat. klagte über Urindrang und vermehrte Schmerzen bei der Miktion.

Stark ausgedehnter, gespannter Bauch, ähnlich einer 8—9monatigen Schwangerschaft, Nabel vorgetrieben. Die rechts in der Bauchhöhle sich befindliche, aus dem kleinen Becken sich erhebende und bis zur Magengrube reichende kugelartige Geschwulst gibt den Eindruck einer starkgespannten Cyste. Links über ihr liegt in Größe einer Mannesfaust eine flache, wurstartige, muskelharte Geschwulst, die an der großen Geschwulst hin und her zu schieben ist (die krebsig entartete Tube), während die größere Geschwulst kaum beweglich ist.

Scheide mittelweit. Den Fundus uteri zu begrenzen oder aufzufinden ist selbst bei kombinierter Untersuchung unmöglich. Einen direkten Zusammenhang der Geschwulst mit der Portio kann man nicht konstatieren. Der untere Pol des Tumors ist über dem Beckeneingang fühlbar, erstreckt sich jedoch nicht in das kleine Becken.

Diagnose: Cystoma ovarii multiloculare.

Bauchschnitt in der Linea alba. Bei Öffnung des Bauches zeigt sich, daß die Gebärmutter an die Symphyse gedrückt ist. Ihre rechte Ecke erstreckt sich in die bei der äußerlichen Untersuchung nachgewiesene, kleinere, wurstartige, harte Geschwulst, welche sofort als rechte Tube erkannt wird. Die größere Geschwulst ist eine zweikopfgroße Cyste des rechtseitigen Ovariums, die sich zwischen den Platten des rechtseitigen Ligamentum latum entwickelt hat, und mit dem Omentum mehrfach verwachsen ist. Das Auslösen der platzenden Geschwulst gelingt leicht, wenn auch mit starker Venenblutung aus dem Parametrium. Nach der Ausschälung der Geschwulst wird ihr sehr breiter und langer Stiel in zwei Partien mit dem Thumimquetscher gefaßt und quer durchgeschnitten. Peritonisation. Rekonstruktion der Bauchwand in drei Etagen.

Die Bauchwunde heilte per primam; am 17. Tage stand die Kranke auf und verließ am 22. Tage geheilt das Institut. Die Operation wurde vor 3 Jahren ausgeführt, und laut Brief des Mannes ist die Frau noch jetzt bei bester Gesundheit und fett geworden.

Mit der 50 cm im Umfang messenden Ovariencyste hängt die 15 cm lange und 5 cm dicke, an ihren beiden Enden schmälere, harte, wurstartige Tube mittels eines 5 cm langen, 3 cm dicken Stieles zusammen. Sie schmiegt sich mit ihrer konkaven Seite an die ovariale Cyste. Ihre Oberfläche ist im allgemeinen glatt,

Digitized by Google

stellenweise franzig und zeigt mehrere haselnußgroße Höcker. Das Präparat des Tubentumors schaut äußerlich geradeso aus, wie Fig. 1 vom Falle I.

Die Schnittfläche des Tumors zeigt im Gegensatz zu der vorher beschriebenen Tubengeschwulst den Charakter eines Scirrhus. Das Lumen der Tube füllt das Neoplasma vollkommen aus. Seine Farbe ist größtenteils dunkelgelb, nur einzelne hirsenkorn-, selbst fisolengroße Teile sind lichtgelb, weiß. Letztere entsprechen Koagulationsnekrosen. Nahe dem Tubenstiel zeigt ein talergroßer, brauner Fleck die Stelle einer früheren Blutung an.

Die Geschwulst besteht aus auf zellenarmem, faserigem Bindegewebe liegenden, größeren und kleineren, rundlichen, meistens aber unregelmäßig geformten, polymorphen, eng aneinander gestellten, hier dichter liegenden, dort mehr verstreuten, Inseln und Papillen bildenden Epithelzellen. Die Kerne der Zellen sind groß, oval, dunkel gefärbt, und einzelne zeigen das Bild der Karyokinese. Die Falten und Wellen der Tubenschleimhaut sind überall mit mehrschichtigem, nirgends mit einschichtigem Epithel bedeckt.

Dort, wo der solide Charakter in den Vordergrund tritt, steht das zwischen den Epithelzellen befindliche Stützgewebe im Hintergrund, ist stellenweise kleinzellig infiltriert, meistens jedoch hyalin degeneriert und zeigt in einzelnen Teilen sporadische Blutung.

In den Epithelzelleninseln (Fig. 6a) sind hier und dort zentral oder exzentrisch placierte, Gefäßdurchschnitten ähnliche Lumina zu unterscheiden, welche das zentrale Stroma der früheren Tubenschleimhautpapillen bilden.

Manchenorts ist die nekrotische Mitte der Papille oder Pseudoalveole herausgefallen.

Den papillären Ursprung des Neoplasma bezeichnet die von der Tubenwand ausgehende und gegen das Lumen der Eileiter sich erhebende, bindegewebige Leiste, welche mehrschichtiges Epithel deckt. (Fig. 6b.)

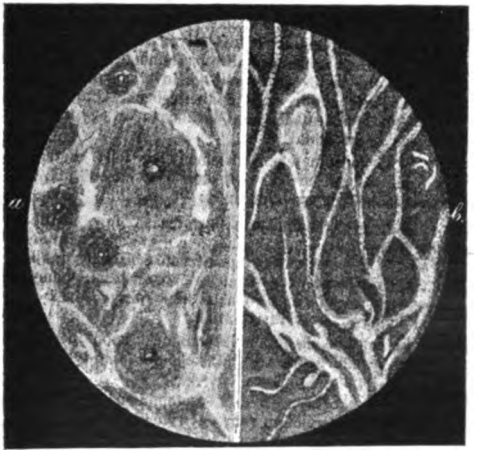


Fig. 6. Schnitte aus dem Tumor des II. Falles.
a. Teile mit um eine zentrale hyaline Perle inselförmig geordneten Epithelzellen, welche nichts anderes sind, als horizontale Schnitte der soliden, mit mehrschichtigem Epithel bedeckten Papillen.
b. Teile der mit mehrschichtigem Epithe bedeckten, vertikal getroffenen Papillen.

Rokitansky war im Jahre 1861 der erste, der die karzinomatöse Erkrankung der Tube mikroskopisch genau beschrieb.

Nach ihm stellte Orthmann im Jahre 1888 die erschienenen Publikationen zusammen, die bisherigen Kenntnisse mit eigenen Daten erweiternd. Er beschrieb die gegen das Lumen der Tuben wachsenden, papillären Exkreszenzen, welche das Lumen ausfüllten. Die einschichtige Epitheldecke der Zotten wurde mehrschichtig und drang zapfenartig in die Tiefe, unzählige Epithelnester in dem Stroma der Schleimhautfalten und in der Wand der Tube bildend.

Der größte Teil der in der Literatur angeführten Fälle war einseitig. Der Fall Rosthorn's ist zweifelhaft, da man dort die zweite Tube erst 4 Monate nachher bei der Sektion nebst vielen anderen Metastasen krebsig gefunden hat.

Digitized by Google

Der Fall Zweifel's ist ebenfalls nicht als sicher zu erachten, da die mikroskopische Untersuchung des linken Tubensackes nicht separat beschrieben wurde. Die Fälle Doran's konnten wir nicht im Original lesen, die Referate darüber sind nicht klar genug.

Der Fall Kaltenbach's betraf eine zweiseitige papilläre Erkrankung. Fischel beschreibt Zentralgefäße und wenig Bindegewebe enthaltende Papillen. Die auf der freien Oberfläche der Schleimhaut angehäuften Zellenmassen, stellenweise geteilt durch schwache, bindegewebige Septen, geben ein Bild, als wäre ein alveolär-medullärer Krebs vorhanden gewesen. Hofmeier bestritt aber im Jahre 1890 die Existenz des primären Tubenkarzinoms.

Sänger und Barth sagen über krebsige Erkrankungen der Tube, daß sie stets von der Schleimhaut der Tube ausgehen und ohne Ausnahme papillären Charakter haben. Sie leugnen die rein alveoläre Form und erklären auch die Fälle Landau's und Rheinstein's damit, daß es sich um papilläre Knäuelbildung handele.

Es sind bisher zwei Hauptformen des primären Tubenkarzinoms beschrieben worden, das Carcinoma papillare und das Carcinoma papillare alveolare tubae.

Das primäre Carcinoma papillare tubae gleicht dem Adenoma malignum der Gebärmutterschleimhaut. Eberth und Kaltenbach, Sänger und Barth haben diese Art des primären Eileiterkrebses mustergültig geschildert.

Die Vermehrung des Epithels führt niemals zur Bildung eines mehrschichtigen Epithelüberzuges der Zotten, sowie auch in meinem 1. Falle (s. Fig. 3). Das Epithel wächst gleichsam in die Fläche, nicht in die Höhe oder Tiefe. Schließlich liegt Zotte an Zotte, jede von einer feinen, bindegewebigen Achse durchzogen. Gegen die Lichtung des Eileiters, entsprechend den Verzweigungen der Zotten, kreuzen sich die Epithelzüge und bilden stellenweise unlösbare Knäuel. Die Zellen sind infolge des durch das Wachstum der Geschwulst erzeugten Druckes manchmal bis zur Undeutlichkeit der Begrenzung zusammengepreßt, und, da nur die gröberen Bindegewebszüge sichtbar geblieben sind, entstehen so im mikroskopischen Bilde scheinbare Zellalveolen, Pseudoalveolen (s. Fig. 4 des I. Falles).

Unter den späteren Autoren haben Falk und Novy reine papilläre Tubenkarzinome beschrieben. Hofbauer beschreibt ein Carcinoma villosum cylindroepitheliale.

Bei außerordentlich raschem Wachstum der Epithelien der Tubenschleimhaut vermehren sich dieselben nicht nur der Fläche nach, sondern auch gegen die Tiefe zu. Der einschichtige epitheliale Überzug der Zotten wird mehrschichtig, die Zwischenräume zwischen den Zotten füllen sich mit proliferierenden Karzinomzellen. So entstehen echte Krebsnester, neben denen man immer wieder die ursprünglichen papillären Wucherungen findet, aus denen sie hervorgegangen sind. Diese Form des primären Tubenkarzinoms nannte man Carcinoma papillare alveolare.

So beschrieb Friedenheim einen rein alveoläre Zeichnung gebenden Fall. Die karzinomatösen Zellnester sitzen in alveolärer Ordnung in dem zellenarmen, bindegewebigen Stroma. Da die Schleimhaut gesund war, hält F. es für wahrscheinlich, daß die Geschwulst einer Nebentube entsprang. Zwischen der Epitheldecke der Schleimhaut und den karzinomatösen Alveolen fand er gar keinen Zusammenhang. Auf diesem Falle fußend, verwirft er die bisherige Einteilung der Autoren und teilt die Tubenkrebse in die beiden großen Gruppen der Karzinome der Tubenschleimhaut und in die der Tubenwand.

v. Rosthorn's, Hofbauer's und Eckardt's Fälle zeigen, daß der primäre Tubenkrebs auch eine reine alveoläre Form annehmen kann.

Digitized by Google

In Jacobson's Falle war das Innere des Tumors zellenreich und besaß nur wenig Bindegewebe. Stellenweise bildete das Epithel in die Tiefe gedrungene und mit Zellen gefüllte Alveolen. Es entstand eine atypische Wucherung des Epithels, das Epithel ward mehrschichtig und brachte rohrartige Gebilde zustande.

Die Bilder von Fabricius ähneln denen von Eckardt. Es würde dieser Fall auch für die Ansicht Sänger's sprechen, daß alveoläre Karzinome der Tube vielleicht auch aus papillären hervorgegangen sind.

Falk beschreibt neben den adenomatösen Bildungen Epithelzapfen, die sich auch bei der genauesten Durchsicht nicht in Epithelzüge zerlegen lassen, die vielmehr typische Krebsalveolen mit zentralem Zerfalle sind.

Witthauer fand neben den sich entgegenwuchernden Sprossen der entartenden Schleimhaut solide Krebsstränge und -nester.

Kleinhans weist darauf hin, daß sich Fälle finden würden, in denen sich auch ohne adenomatöses bzw. papilläres Vorstadium, nur durch Metaplasie des der Lichtung der Tube zunächst liegenden zylindrischen Deckepithels in Plattenepithel ein Karzinom entwickele.

Sänger und Barth unterschieden: 1) Karzinome von rein papillärem Bau; 2) Karzinome von papillär-alveolärem Bau.

Falk empfiehlt eine andere Einteilung mit Zusammenfassung der papillären Tubengeschwülste bis zu den Karzinomen:

1) Ausgesprochene gutartige Papillome;

2) Fälle, in denen die papillären Bildungen ausgesprochen epithelialen Ursprungs sind, in denen sich die Schleimhautfläche in Form von Papillen vergrößert, ohne daß die epitheliale Neubildung in die Tiefe dringt. Diesen Fällen ist es nicht anzusehen, ob sie gutartig bleiben oder bösartig werden (papilläre Epitheliome).

3) Echte Karzinome mit den Eigentümlichkeiten dieser Geschwülste, einem den echten Drüsen ähnlichen Bau und mit atypischem Wachstum in die Tiefe.

Friedenheim stimmt dieser Einteilung nicht bei. Er unterscheidet: 1) Schleimhautkarzinome: a. papillär; b. papillär-alveolär. 2) Wandkarzinome: alveolär.

Nach Stolz ist diese Einteilung ebenfalls unzweckmäßig, weil man daraus die Vorstellung gewinnen könnte, als gingen aus der Tubenwand selbst Karzinome hervor, die doch normalerweise keine Epitheleinschlüsse enthält und nach entzündlichen Prozessen nur Epitheleinschlüsse, die von der Schleimhaut stammen, aufweist. Friedenheim's Fall ist ein im histologischen Bau ganz eigenartiges und einzig dastehendes primäres Karzinom der Tube. Nach Stolz erscheint es immer noch zweckdienlich, die von Sänger und Barth aufgestellte Einteilung beizubehalten, wobei jedoch auf die papillär-alveoläre Form in ganz anderem Sinne und mit viel mehr Nachdruck hingewiesen werden muß.

Orthmann meint, daß man bei Erörterungen der Tubengeschwülste von adenomatösen Typen gar nicht reden kann, da die Tube selbst keine Drüsen hat.

Er teilt die mikroskopischen Bilder des Tubenkrebses in die beiden Gruppen des Carcinoma papillare simplex und Carcinoma papillare alveolare. Der maligne Charakter der papillären Neubildungen besteht darin, daß die von dünnem, einschichtigem Zylinderepithel bedeckten Papillen auch in die Muscularis eindringen. Die papillär-alveolären Bilder jedoch würden so zustande kommen, daß das Papillenepithel atypisch wuchert, mehrschichtig wird und nicht nur gegen das Lumen der Tube, sondern auch in die Muskelwand dringt, nach Form der Eversion und Inversion. Die in die Muscularis dringenden, soliden Epithelzapfen werden durch

Digitized by Google

bindegewebige oder Muskel-Scheidenwände abgeschnürt und geben so ein rein alveoläres Bild.

Bezüglich der Klassifizierung der Bilder des primären Tubenkarzinoms muß ich die Sänger-Barth'sche Gruppierung akzeptieren, ergänzt durch die schon bekannte Form des Carcinoma gyriforme und die Friedenheim'sche Beschreibung, so daß ich folgende Formen unterscheiden kann: Krebs der Schleimhaut: a. Carcinoma papillare simplex; b. Carcinoma papillare alveolare. — Krebs der Tubenwand: Carcinoma alveolare (Friedenheim).

Obwohl das Carcinoma gyriforme nach Sänger und Herff eine Entartung des Tubenkrebses ist, welche durch eigenartige, papilläre Wucherung bedingt ist, muß ich die Benennung beibehalten, denn in meinem zweiten Falle war der medulläre Charakter derart vorherrschend, daß man nur aus der gyriformen Zeichnung die sichere Diagnose erbringen konnte. Die karzinomatöse Wucherung vernichtete nämlich das bindegewebige Stroma der Papillen und die Muskelwand der Pseudoalveolen. Die abgeschnürten, bindegewebigen und muskulären Stränge degenerierten hyalin um sie herum; die Epithelstränge gruppierten sich gürtelartig und brachten gyriforme Zeichnungen zustande (Fig. 5a).

Ich muß die Ansicht akzeptieren, daß der Grundtypus der primären Tubenkrebsbilder der papilläre Typus ist, weil die meisten Bilder (Fig. 3 u. 6) als Variation der papillären Wucherung aufzufassen sind, und weil die karzinomatöse Wucherung nicht so sehr gegen die Tubenwand, als eher gegen deren Lumen gerichtet ist.

Ich sah in unseren Fällen die alveolären Zeichnungen auf drei Arten zustande kommen, entweder in Form von Röhrendurchschnitten, bedeckt mit einschichtigem Epithel (Fig. 4), oder infolge der scheinbaren Abschnürung der soliden Epithelzapfen, welche in die Muscularis dringen oder aber so, daß die von mehrschichtigem Epithel bedeckten, soliden Papillen quer durchschnitten wurden und eine, um ein enges Lumen inselförmig geordnete Alveolenzeichnung gaben (Fig. 6).

Auf Grund meiner Beobachtungen und im Zusammenhange mit den in der Literatur veröffentlichten Fällen scheint es mir, als könnten wir Zottenkrebse und Papillarkrebse der Tube unterscheiden, wobei die Alveolenbildung nur optische Täuschung ist. Der von einschichtigen Epithelschläuchen aufgebaute Zottenkrebs (Fall I) würde den »medullären« und der mit mehrschichtigem Epithel bedeckte Papillenkrebs (Fall II) die »skirrhöse« Form des Tubenkrebses repräsentieren.

Die Ausbreitung und Metastasierung wäre vielleicht die Basis, auf welcher wir die klinische Einteilung des primären Tubenkarzinoms aufbauen könnten:

1) Das primäre Tubenkarzinom kann sich nur auf eine Tube beschränken und als eine solide Geschwulst erscheinen, wie es in unserem II. Falle der Fall war, ohne Metastasen.

2) Außer der karzinomatösen, soliden Saktosalpinx können auch Metastasen auftreten:

a. Entweder als Infiltrationsmetastasen. Im weiteren Fortschreiten der Geschwulst werden die angrenzenden Teile der Mesosalpinx und das Ligamentum latum, durch verschleppte Krebskeime infiziert, wie in dem Falle von Eckardt, und weiterhin werden die Lymphdrüsen des Beckens und des retroperitonealen Raumes angegriffen.

b. Oder als embolische Metastasen in der Tubenwand, in dem Peritoneum, in den regionären Lymphdrüsen, und in weit liegenden Organen, wie in unserem I. Falle im Diaphragma. In der Raschheit der Drüseninfektion scheint der alveolär-

Digitized by Google

papilläre Krebs dem rein papillären überlegen, gleichsam ein weiter vorgeschrittenes Stadium des letzteren zu sein. In allen Fällen sind die Drüsen des Beckens erkrankt gefunden. v. Rosthorn traf auch die Inguinaldrüsen karzinomatös entartet.

3) Es kann die Tubenwand destruiert werden, und es können dadurch Implantationsmetastasen, Peritonitis und Ascites auftreten. — Fischl sah den peritonealen Überzug der Tube durchbrochen und zahllose Krebskeime in der Bauchhöhle verstreut. Wie bei den Karzinomen der Eierstöcke und der Gebärmutter, so wurden auch bei den primären Karzinomen der Tube Impfimplantationen in der Operationswunde wahrgenommen (v. Rosthorn, Osterloh).

Sänger und Barth nahmen an, daß das primäre Tubenkarzinom stets auf dem Boden einer chronischen, meist eitrig gewesenen, aber nicht mehr eitrigen langjährigen Salpingitis entstehe, und zwar meist genau im Klimakterium.

Da aber alle in und an der Tube gefundenen Entzündungserscheinungen: Schwellung und Infiltration der Schleimhaut, pseudofollikuläre Bildungen, kleinzellige Infiltration und Adhäsionsstränge durch das Wachstum des Neoplasma erklärt werden können, glaubt Stolz mit Eckardt, daß der gewöhnlich gefundene chronische Entzündungszustand der Anhänge nicht die ätiologische Bedeutung verdient, die ihm von Sänger und Barth beigemessen wird. Damit soll jedoch nicht gesagt sein, daß Entzündungen nicht auch in der Tube eine gewisse Disposition zur krebsigen Entartung schaffen könnten, nur die Möglichkeit des Entstehens der Tubenkarzinome auf nicht entzündetem Boden möchte Stolz besonders hervorheben. Doran und Fearne haben schon betont, daß die primären Eileiterkrebse Folgen einer bösartigen Entartung gutartiger Papillome seien, die man bei katarrhalischen und eitrigen Entzündungen nicht sehr selten finde.

Der Entzündungstheorie nahe steht die Anschauung Horrock's, der direkt Mikroben als Veranlasser des Eileiterkrebses ansieht und darauf hinweist, daß das Tubenkarzinom hauptsächlich bei sterilen Frauen vorkomme, im Gegensatz zum Carcinoma corporis et cervicis uteri.

Da die Anhänger der Entzündungstheorie sich stets auf die relative Sterilität stützen, die sie auf der Neubildung vorgegangene Entzündungen zurückführen, ist das Ergebnis nach Stolz' Zusammenstellung nicht uninteressant, daß die Sterilität bei den an primären Tubenkarzinomen erkrankten Frauen nicht häufiger ist, als bei den an anderen Geschwulstbildungen leidenden.

Nach der Ansicht Robert's entstehen die Karzinome der Tube wahrscheinlich vom Wolff'schen Gange.

Nach Friedenheim kommen für die Entstehung des rein alveolären Tubenkarzinoms nur die fraglichen tubaren Drüsen oder die Nebentube in Betracht.

Stolz sagt, Friedenheim's Fall könnte entweder der alveoläre Teil eines teilweise zerfallenen, primären, papillär-alveolären Eileiterkrebses sein, oder ein sekundärer Herd, dessen Ursprungsstätte unbeachtet blieb.

Doran sieht als Ausgangspunkt der primären Tubenkarzinome versprengte Teile der Wolff'schen Gänge an; um die krebsige Entartung derartiger Zellkomplexe könnte es sich auch in Friedenheim's Beobachtung gehandelt haben.

Stolz' Beobachtung bezüglich des Alters entspricht der Sänger's, wonach gerade die Wechseljahre zum primären Tubenkarzinom neigen.

Da in den Fällen von Eileiterkrebs richtige Diagnosen nur hier und da gestellt wurden, waren die therapeutischen Eingriffe nicht immer der Erkrankung entsprechend (Chrobak, Fischel).

Die Entfernung der Eileiterkrebse wurde entweder abdominal oder vaginal

Digitized by Google

ausgeführt. Die meisten Operateure exstirpierten nur die Anhänge der kranken Seite, da sie der Diagnose überhaupt nicht sicher waren (v. Ott). Zweifel und Chrobak schlossen die supravaginale Amputation der Gebärmutter an. Bloß Watkins entfernte alle inneren Geschlechtsorgane. v. Rosthorn, Fabricius, Schauta und Falk führten die vaginale Totalexstirpation aus.

Obwohl man beim Vergleich der Resultate der abdominalen und vaginalen Operationsmethoden wegen der allgemein schlechten Prognose nur geringe Unterschiede findet, so empfiehlt sich doch sicherlich wie beim Gebärmutterkrebs der Bauchschnitt, die Entfernung der Gebärmutter (Novy, Hofbauer) und beider Eierstöcke (Cullingworth, Duret, Arendes), die Entfernung der Ligamenta lata und des Parametriums in möglichst radikaler Weise (Eckardt), mit Mitnahme der retroperitonealen Drüsen (Ries). Die prophylaktische Entfernung der Leistendrüsen wird hingegen nicht vorgeschlagen (Stolz) trotz der Beobachtung der krebsigen Entartung derselben, da Metastasen hier nur bei retrogradem Transport zu erwarten sind (v. Rosthorn, Friedenheim).

Da nur die Anfangsstadien des Tubenkarzinoms mit Sicherheit Aussicht auf Radikalheilung geben, in diesen Fällen aber die Diagnose außerordentlich schwierig ist, empfiehlt sich in Fällen zweifelhafter Adnextumoren, besonders im oder nahe dem Klimakterium, eine abdominale radikale Totalexstirpation mit Entfernung der retroperitonealen Drüsen (Stolz).

Keine der bisherigen Operationsarten genügte, und in den vorgeschrittenen Fällen mit Aussaat der Keime auf das Peritoneum oder in das Lymphgefäßsystem war auch nichts anderes zu erwarten.

Die Entfernung beider Anhänge muß vorgenommen werden, weil auch bei den Eileiterkrebsen in dem gleichen Organe der Gegenseite Neigung zur krebsigen Entartung besteht, und weil die zweite Tube anscheinend gesund sein kann und doch schon Karzinomkeime enthält (v. Rosthorn). Die supravaginale Amputation ist nicht ausreichend, da gleichzeitig verschiedene Abschnitte des inneren Genitales vom Karzinom befallen sein können. Im Ovarium wurde krebsige Entartung gefunden von Cullingworth, Fischel, Duret, Arendes, Stolz, in der Schleimhaut des Gebärmutterkörpers von Novy, in der Cervix von Hofbauer.

Auch in der Blase, in der Scheide (Doran), in der Leber (Westermark und Quensel) sind Metastasen gefunden worden.

Die bisher veröffentlichten Fälle und deren schlechte Prognose genügen nicht zu der Behauptung, daß wir gegen den Tubenkrebs machtlos sind, denn fast keine der bisherigen Operationen war der Erkrankung gemäß radikal. Außerdem ist noch nicht abzusehen, was die Radiotherapie für diese Fälle leisten wird.

Literatur:

1) Orthmann, Zentralbl. f. Gyn. 1886. — 2) Orthmann, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1888. — 3) Orthmann, Trans. of the pat. soc. London 1889. — 4) Mischnoff, Medizina, St. Petersburg, 1891. — 5) Wynter, Path. soc. London 1891. — 6) Westermark und Quensel, Nordisk med. Arkiv 1892. — 7) Zweifel, Vorlesungen über klin. Gyn., Berlin 1892. — 8) Smyly, Hosp. Dublin I. of med. soc. 1893. — 9) Routier, Ann. de gyn. 1893. — 10) Cullingworth, Trans. of the obst. soc. of London 1894. — 11) Cullingworth, Trans. of the path. soc. London 1889. — 12) Fischel, Zeitschr. f. Heilk. 1895. — 13) Knauer, Zentralbl. f. Gyn. 1895. — 14) Warneck, N. arch. de toc. 1895. — 15) Falk, Berl. klin. Woch. 1896. — 16) Osterloh, Zentralbl. f. Gyn. 1896. — 17) Boldt, Med. rec. 1898. — 18) Gebhard, Path. Anat. d. weibl. Sexualorg., Leipzig 1899. — 19) Fabricius, Wien. klin. Woch. 1899. — 20) Doran, Trans. of pathol. soc. London Vol. XXXIX. p. 208. — 21) Doran, Transact. obst. soc. Vol. XL. — 22) Eberth und Kaltenbach, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XVI. — 23) Eckardt, Arch. f. Gyn. Bd. LIII. p. 153. 1897. —

Digitized by Google

24) Fearne, Leopold Geb. u. Gyn. Bd. II. — 25) Hofbauer, Arch. f. Gyn. Bd. LV. p. 316. 1898. — 26) Landau und Rheinstein, Arch. f. Gyn. Bd. XXXIX. p. 273. — 27) Landau und Rheinstein, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XV. 28. — 28) v. Rosthorn, D. Ges. f. Gyn. Bd. VI. p. 469. 1897. — 29) Sänger-Herff, Enzyklopädie p. 336. — 30) Sänger und Barth, Die Neubildungen der Eileiter, Martin, Krankheiten der Eileiter. — 31) Veit, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XVI. p. 212. — 32) Novy in Prag, Monatsschrift für Geb. u. Gyn. XI. 6. p. 1043. 1900. — 33) Friedenheim, Berliner klin. Woch. 1899. — 34) Römer, Über scheinbar primäre Krebserkrankung stb. Arch. f. Gyn. 36. — 35) Sänger, Zentralbl. f. Gyn. 1895. — 36) d'Anna, Archivis e Abbi della soc. ital. di chir. 1896. — 37) Arendes, Über primäres Karzinom der Tube. Inaug.-Diss., Würzburg, 1901. — 38) Aungier et Delassy, Journ. med. Sille, 1898. — 39) Boldt, Med. rec. 1897. — 40) Boursier et Venot, Revue de gyn. et de chir. abdom. 1901. — 41) Brennecke, Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. X. p. 104. — 42) Danel, Thèse de Paris 1899. — 43) Danel, Journ. sc. med. Sille 1899. — 44) Danel, Trans. of the path. soc. London 1899. 45) Duret, Revue de gynécol. et de chir. abdom. 1899. — 46) Duret, Therap. Monatshefte 1897. — 47) Fritsch, Bericht über die gyn. Operationen. Berlin 1892. — 48) Hennig, Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1896. — 49) Kiwisch, Klinische Vorträge I. 484. — 50) Kleinhans, Veit's Handbuch. — 51) Maerer, Thèse de Paris 1899. — 52) Miknoff in Péan's Diagnostic. Paris 1895. — 53) Ries, Journ. of the amer. med. assoc. 1897. — 54) Roberts, Trans. obstet. soc. 1898. — 55) Routier, Annal. de gyn. 1893. — 56) Stroganoff, Ann. de gyn. T. XLI. — 57) Thornson, Trans. path. soc. Bd. XXXIX. — 58) Tuffier, Annales de gyn. et d'obst. Paris 1894. — 59) Veit, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XVI. — 60) Watkins, Amer. gyn. and obstet. journ. Vol. XI. 1897. — 61) Witthauer, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. XII. — 62) Stolz, Archiv f. Gyn. 1902. Hft. 2.

Neue Bücher.

1) **M. Hofmeier (Würzburg). Handbuch der Frauenkrankheiten** 15. Auflage. Leipzig, F. C. W. Vogel, 1913.

Das alte Schröder'sche Lehrbuch der Gynäkologie darf eine so hohe Bedeutung in der Literatur beanspruchen, daß die pietätvolle Art, mit welcher H. dem Titel seines Buches immer noch den Namen seines hochverdienten Lehrers erhält, sehr sympathisch berührt. In Wahrheit ist es ja im Wandel der Zeiten und durch die Weiterentwicklung unserer Wissenschaft ein völlig neues Buch geworden, das von dem ursprünglichen Inhalt, den Schröder ihm gab, nur noch sehr wenig beibehalten konnte. Ich habe bei den Besprechungen der verschiedenen Auflagen immer wieder betont, daß H. unter allen Autoren wohl derjenige ist, der sein Lehrbuch auf das gewissenhafteste ergänzt und mit den zuverlässigsten Literaturangaben versieht. Es ist ja neuerdings Mode geworden, sehr sukjektive Lehrbücher zu schreiben, in denen die wissenschaftlichen Verdienste anderer manchmal etwas gar zu kurz kommen. Daß die Eindringlichkeit und Kürze eines Lehrbuches nicht leidet, wenn die wichtigsten Arbeiten immer wieder berücksichtigt und quellenmäßig angegeben werden, zeigt gerade H. auf das eindringlichste. Auch die neue Auflage ist deshalb so freudig zu begrüßen, weil sie dem Lernenden nach wie vor ein absolut zuverlässiger Ratgeber sein wird, und weil die ruhige kritische Darstellung dem Leser das Gefühl der völligen Verläßlichkeit gibt. Neu hinzugekommen ist außer einer Reihe sehr guter Abbildungen ein von Polano verfaßtes Kapitel über den augenblicklichen Stand der Röntgentherapie. Somit wird das Buch auch in Zukunft das bleiben, was es bisher war: eins der besten und gediegensten Lehrbücher der gynäkologischen Literatur.

Stoeckel (Kiel).

Digitized by Google

Berichte aus gynäkologischen Gesellschaften.

2) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung vom 14. Februar 1913.

Vorsitzender: Herr Bumm; Schriftführer: Herr P. Strassmann.

I. Herr Behm empfiehlt schlechteren Nachahmungen gegenüber den von ihm angegebenen Spülapparat (Zeitschrift für Gynäkologie u. Geburtshilfe Bd. LXII, p. 300 und Zentralblatt für Gynäkologie 1908, Nr. 12). Er demonstriert eine Reihe von Spülapparaten verschiedener Herkunft, die sich teils als unpraktisch und unzweckmäßig, teils als schlecht und gefährlich erwiesen haben: zu den letzteren gehören in erster Linie die Ballonspritzen. Sie sind vielfach zu gleicher Zeit Abtreibungsinstrumente: bei der Sektion findet man häufig eine Luftembolie.

Diskussion: Herren Bumm, Behm.

II. Vortrag des Herrn Carl Ruge II: Corpus luteum und Menstruation.

R. erläutert an der Hand einer statistischen Tabelle den zeitlichen Zusammenhang zwischen Menstruationstermin, Corpus luteum-Bildung und Veränderungen der Uterusschleimhaut.

Das Ergebnis der Untersuchungen ist bereits in diesem Blatte, Nr. 2 dieses Jahrganges, veröffentlicht.

Diskussion. Herr P. Strassmann hebt den Fortschritt durch die Arbeit der Herrn C. Ruge II hervor, da man aus den mikroskopischen Bildern der Uterusschleimhaut ablesen kann, in welcher Phase des Menstruations- und Ovulationszyklus sich das Genitale befindet. Es ist gewiß noch manchen neu, ein Endometrium mit verzweigten Drüsen sicher als ein prämenstruelles Endometrium anzusprechen. Es könnte doch sein, daß hier endometrische Veränderungen selbst junge Gravidität, vorliegen. Mit den von Hitschmann und Adler aufgestellten Theorien über die Endometritis ist S. einverstanden. Der Name einer Entzündung (—itis) ist aufzugeben und durch endometrane Hyperplasie zu ersetzen. Was die Beziehungen des Follikelsprunges — der Ovulation — zur Menstruation betrifft, entnimmt S. aus diesem Vortrage, daß doch die Periodizität der Ovulation hier eine neue Stütze und die Theorie von Bischoff in Gießen 1844 Bestätigung gefunden hat. B.'s Material war kein mikroskopisches, sondern ein makroskopisches und infolgedessen sehr gering. Aus diesem Material lieferte Bischoff zugleich durch Tierbeobachtungen den Beweis der von der Begattung unabhängigen periodischen Ovulation und den Beweis für den Zusammenhang zwischen Ovulation und Menstruation.

Wie sollen wir nun diese neuen Befunde auffassen in bezug auf die Konzeption? Das Ei einer Schwangerschaft stammt aus der Zeit zwischen zwei Menstruationen her, und mit der Menstruation ist angezeigt, daß eine Möglichkeit zur Schwangerschaft — eine Phase zur Befruchtung vorüber ist. Aber die Menstruation, die Schwellung der Uterusschleimhaut dient doch noch anderen Funktionen. Z. B. ist das Corpus uteri weiter nach einer Menstruation, also für die Aufnahme von Sperma in den Uterus geeigneter. Unmittelbar vor der Menstruation ist dagegen die Uterusschleimhaut — wie wir auch hier gesehen haben — geschwollen und so vielleicht das Eindringen des Sperma erschwerter. Wenn für die Einwanderung der Spermatozoen die Zeit nach der Menstruation sehr geeignet

Digitized by Google

ist, so würde es dazu stimmen, daß auch bald danach um diese Zeit sich ein neues Eichen zur Befruchtung präsentiert. Nach den Tabellen von Herrn Ruge gibt S. zu, daß die Theorie, nämlich, daß erst sehr kurz vorher ein Follikel frisch geplatzt ist, zwar etwas zu eng gefaßt ist, insofern aber doch eine gewisse Anerkennung findet, als wir nur die Ovulation etwas mehr zurücklegen müssen, etwa auf den 12.—14. Tag nach Beginn der letzten Menstruation. Die Blüte des Corpus luteum bedeutet gewissermaßen schon den Untergang einer Befruchtungsmöglichkeit, denn sie fällt ja zusammen mit dem prämenstruellen und menstruellen Stadium. Wenn dies eintritt, so ist es ein Beweis, daß nun eine Befruchtungsmöglichkeit zu Ende ist. Das blühende Corpus luteum ist also hier ein Zeichen des Eiuntergangs und damit des Ausbleibens einer Befruchtung.

Wie weit bei der stets nach vielen Beziehungen arbeitenden Natur doch wieder in einer neuen Menstruation die neue Möglichkeit zu einer Befruchtung liegt, ist schwer herauszulesen. Zahlreiche Beobachtungen beweisen annähernd regelmäßige, periodische Vorgänge an den Eierstöcken. Ungefähr alle 4 Wochen präsentiert sich ein neues Eichen. Wird es nicht befruchtet, so tritt die Menstruation ein und gleichzeitig mit ihr die Vaskularisation und Blüte, richtiger das »Verblühen«; denn wenn ein Follikel zugrunde geht und eine prämenstruelle und menstruelle Mucosa da ist, dann ist eben die Befruchtungsmöglichkeit zu Ende.

Herr Aschheim glaubt, daß die nach Adnexoperationen auftretende Blutung nicht als Menstruation aufzufassen sei, sondern rein mechanisch als Stauungsblutung nach Gefäßunterbindung.

Herr Robert Meyer sieht seine früheren Angaben über die Entwicklung des Corpus luteum aus den mit Herrn Ruge gemeinsam vorgenommenen Untersuchungen völlig bestätigt; den hauptsächlichsten Beweis für die epitheliale Genese der Luteinschicht erblickt er in dem allmählichen Auftreten der Vaskularisation des Epithelsaumes, nachdem dieser bereits proliferiert ist, aber noch nicht dem fertigen Luteinsaum gleicht, und daß während dieser Übergänge die Thekaschicht sich von der Epithelschicht immer scharf abgrenzen läßt. M. hat nach dem Aussehen der Schleimhaut und nach dem Entwicklungsstadium des Corpus luteum das Datum der letzten Menstruation annähernd in vielen Fällen richtig eingeschätzt, also in Übereinstimmung mit den ihm unbekannten Angaben der Frauen. Wo keine Übereinstimmung hiermit vorlag, stimmten doch Schleimhaut und Corpus luteum zusammen, so daß entweder die Frauen unrichtige Angaben gemacht haben oder besondere Unregelmäßigkeiten vorgelegen haben mögen. Ungeeignet sind die Fälle von Unregelmäßigkeit der Menses besonders im Klimakterium, in der Stillperiode, bei vikarlierenden Blutungen und einzelne Fälle von pathologischen Corpora lutea, insbesondere von cystischen. Die Blütezeit dauert lange, das Vaskularisationsstadium nur kurz, so daß man jene oft, dieses selten trifft. Die Zeit des Follikelsprunges ist noch unbekannt, kann aber in die Menstruation fallen oder kurz nachher; Menstruation und Ovulation gehören also in der Norm zeitlich vielleicht in Zusammenhang, ob aber ursächlich? Jedenfalls nicht unbedingt, wie man ja von den Unregelmäßigkeiten, insbesondere aus der Stillperiode weiß. Dagegen bedingt die Ovulation eine Corpus luteum-Bildung und eine Menstruation; es ist also lediglich Sache der Übereinkunft, ob man von einem Ei der letzten Menstruation sprechen will; jedenfalls gehört ein Ei nicht unbedingt einer vorangegangenen Menstruation an, während umgekehrt die Menstruation der voraufgegangenen Eireifung mit Corpus luteum-Bildung angehört.

Mit der wahrscheinlich gemachten Annahme, daß der Follikelsprung in die Zeit der Menses fällt oder kurz nachher, stimmt die Erfahrung überein, daß die

Digitized by Google

Libido sexualis postmenstruell am stärksten ist und daß die Konzeption sehr oft in diese Zeit fällt.

Die prämenstruelle Schleimhautschwellung ist also keine notwendige Vorbereitung zur Einnistung des Eies oder für Deciduabildung; die Decidua ist selbst bei Eiern von ca. 10—12 Tagen noch nicht ausgebildet; die Deciduabildung und die lokal verstärkte Blutzufuhr zum Eibett erfolgt erst als Reaktion auf den vom Ei ausgeübten Reiz.

Die prämenstruelle Schleimhautschwellung leitet die Regeneration der Schleimhaut im Gefolge der Blutung ein; dieses wird hervorgerufen durch das Hormon des Corpus luteum; anders ist die 4wöchige Bildung einer so großen Drüse mit innerer Sekretion nicht denkbar, die vom Ei protektiv beeinflußt wird und umgekehrt protektiv auf das Ei und auf die Uterusschleimhaut einwirkt.

Herr Bumm hält den Gedanken der Herren Robert Meyer und Ruge, die alte Frage nach dem Zusammenhange der Menstruation und Ovulation und auch nach dem Zusammenhange der Ovulation mit der Imprägnation zu lösen durch das vergleichende Studium des Alters des Corpus luteum und der Veränderungen der Uterusschleimhaut für einen überaus glücklichen. Makroskopische Betrachtung der Teile bei Sektionen und Operationen geben kein bestimmtes Urteil über den Zusammenhang des Berstens des Follikels mit der Menstruation. B. begrüßt es, daß jetzt einmal exakte und auch in ihrem weiteren Ausbau sichere Schlüsse versprechende Untersuchungen in dieser Frage mit diesen Arbeiten zu erhalten sind und dankt dem Vortr.

Sitzung vom 28. Februar 1913.

Vorsitzender: Herr Carl Ruge I; Schriftführer: Herr P. Strassmann.

1) Herr Carl Ruge II: Myom und Schwangerschaft.

Zwei Präparate von gravidem Uterus mit Myom, interessant durch den Sitz der Placenta auf dem Myom, das in beiden Fällen in der Vorderwand der Gebärmutter saß. Das erste Präparat, mit einer Frucht vom 2. Monat, von einer 48jährigen Frau, die zum 12. Male schwanger war; das zweite Präparat, mit einer 5monatigen Schwangerschaft, von einer 43jährigen Pat., die bisher einmal abortiert hatte.

2) Herr Heinsius: Ureterstein, entfernt auf vaginalem Wege.

H. zeigt einen ca. 3 cm langen Ureterstein, der von einer 47jährigen Frau stammt, bei der der Stein 4 Monate vorher durch die Röntgenstrahlen nicht nachgewiesen werden konnte. Die Frau war an Schüttelfrösten, Temperatursteigerung, hohem Puls und Schmerzen in der rechten Seite erkrankt. Obwohl rechts die Schmerzen lokalisiert waren, wurde links ein ca. 3 cm langes, bleistiftdickes Gebilde unmittelbar hinter der Symphyse gefühlt und mittels des Cystoskops nachgewiesen. Man sah an der linken Uretermündung eine halbkugelige Vorwölbung, die in der Mitte einen Krater zeigte, in dessen Tiefe ein bräunliches Gebilde unter Schleimflocken versteckt lag. Während links der Ureterkatheter an dem Stein vorbei sich bis ins Nierenbecken einführen ließ, war dies rechts nur 15—20 cm weit möglich. Versuche den Stein durch Einspritzungen von Höllensteinlösung und Glyzerin in den Ureter zu mobilisieren waren vergeblich.

Deshalb entfernte H. von der Scheide aus diesen Stein. Es wurde dazu ein halbmondförmiger Schnitt benutzt, der parallel dem Introitus links in der Mitte desselben beginnend nach vorn bis wenige Zentimeter unterhalb der Urethra

Digitized by Google

verlief. Nach Mobilisierung der Blase und Abtrennen der vorderen Fasern des linken Parametrium war es ein leichtes, den Stein in die Wunde zu leiten und zu entfernen. Die Heilung verlief glatt.

b. Fremdkörperappendicitis.

Demonstration eines von einem 37jährigen, an chronischer Appendicitis leidenden Mädchen stammenden Wurmfortsatzes. Nach Entfernung des in zahlreiche Verwachsungen eingebetteten, kurzen, dicken Wurmfortsatzes, zeigt sich nach Aufschneiden der Appendix in der Mitte der stark verdickten, geröteten Schleimhaut eine Vorwölbung, die von einem dreieckigen, ca. 8 mm dicken Knochensplitter herrührte. Dieser Fremdkörper lag innerhalb einer zerklüfteten Höhle unterhalb der Schleimhaut.

Während es früher als Regel galt, daß die Appendicitis durch Kirschkerne und Emaillesplitter hervorgerufen wird, wird die Fremdkörperappendicitis in der operativen Ära der Appendicitisbehandlung vielfach geleugnet.

Herr Robert Meyer: Beiträge zur normalen und pathologischen Anatomie und Physiologie des Ovariums. Über die Beziehung der Eizelle und des befruchteten Eies zum Follikelapparat, sowie des Corpus luteum zur Menstruation.

Einleitungsweise erinnert Vortr. an seine frühere Demonstration zur Entwicklung des Corpus luteum, derzufolge der Luteinsaum aus dem Granulosaepithel entsteht und an seine mit Herrn C. Ruge II gemeinsam berichteten Erfahrungen über den zeitlichen Zusammenfall der einzelnen Stadien der Corpus luteum-Entwicklung, Blüte und Rückbildung, mit den entsprechenden Stadien der zyklischen menstruellen Umwandlung der Uterusschleimhaut. Es geht daraus hervor, daß das Corpus luteum alle 4 Wochen neu gebildet wird und ursächlich mit der Menstruation zusammenhängt. Ohne Befruchtungsreife des Eies kein Corpus luteum und ohne dieses in der Regel keine Menstruation.

Das Corpus luteum der Gravidität ist morphologisch und chemisch (Miller) ausgezeichnet und wird nicht zyklisch erneuert; es bleibt bestehen und degeneriert meist erst im Puerperium. Dagegen unterliegt das Corpus luteum ohne Gravidität der fettigen Degeneration; diese beginnt zuweilen schon vor der Menstruation, wahrscheinlich vom Eitode abhängig, sonst während der Menses.

Das Ei wird also befruchtet, welches während oder nach der Menstruation den Follikel verläßt; der Eintritt der neuen Menstruation bezeichnet den spätesten Termin des Eitodes der voraufgegangenen Ovulation.

Vortr. demonstriert sodann abortive Corpus luteum-Bildung als wahrscheinliche Folge frühen Eitodes; ferner Defekte des Luteinsaumes, wie er gewöhnlich am oberflächlichen Pole vorkommt und zuweilen in größerer Ausdehnung infolge von Blutungen.

Akzessorische, partielle Luteinsaumbildung in cystisch atresierenden Follikeln, stets auf gleicher Entwicklungsstufe mit einem daneben bestehenden, also altersgleichen, normalen Corpus luteum im gleichen oder anderen Ovarium und doppelte gleichalterige Corpora lutea bei eineiiger Gravidität beweisen die Fernwirkung des Eies und die Abhängigkeit der Corpus luteum-Bildung, welche keine selbständige Funktion des Follikels darstellt. Der Einfluß der Eibefruchtung auf die Atresie der Graaf'schen Follikel und auf die lutinöse Ausbildung der Theca ist bekannt; zuweilen persistiert nun auch, wie Vortr. demonstriert, ein Teil des Granulosaepithels im atretischen Follikel

Digitized by Google

und wird lutinös; diese Schwangerschaftsveränderung ist ein Vorbild der starken Luteinproduktion bei Chorionepitheliom; es scheint dies von der Chorionepithelinvasion in den Uterus abzuhängen.

Die Reifungshemmung der übrigen Eier hängt wahrscheinlich vom reifen Ei selbst ab.

So äußert das lebende Ei seinen Einfluß auf den Eierstock durch Fernwirkung in Reifungshemmung der übrigen Eier und in Entwicklung, Erhaltung und Aufspeicherung des Luteins sowohl bei den normalen als abnormen Vorgängen.

Eine ausführlichere Darstellung erfolgt in Bd. C des Archiv für Gynäkologie.

Diskussion. Herr W. Nagel: Eins der demonstrierten Präparate zeigte eine starke Entwicklung der Luteinzellen an dem zentralen Teil des Follikels und eine geringere gegen den peripheren Abschnitt hin. Der Herr Vortr. meinte, das sei bis jetzt nicht bekannt. Hierzu möchte ich bemerken, daß dies die gewöhnliche Erscheinung bei der Reifung des Follikels ist, und man findet sie schon bei Waldeyer (Eierstock und Ei, Leipzig 1870) beschrieben: Durch diese zentrale Vorwucherung der Luteinzellen wird der Follikelinhalt gegen die an der Oberfläche des Eierstocks belegene dünnste Stelle des Follikels (Stigma) gedrängt und so der Follikel zum Eröffnen gebracht.

Herr Robert Meyer: Die polaren Defekte des Corpus luteum sind nichts Neues, sondern das Gewöhnliche.

Um kein Mißverständnis obwalten zu lassen, betont M., daß er gerade zwei verschiedene Dinge auseinander gehalten wissen wolle, nämlich partielle Defekte, von denen die am oberflächlichen Pole alltäglich sind, und andererseits neben normalen Corpora lutea noch cystisch atresierende Follikel mit partieller Luteinsaumbildung. Also im ersten Falle ein Defekt, im zweiten ein akzessorisches, partielles Corpus luteum, also ein Überschuß.

---

3) Verhandlungen der amerikanischen Gesellschaft von Geburtshelfern und Gynäkologen. XXV. Jahresversammlung zu Toledo (Ohio), 17.—19. September 1912.

(Amer. journ. of obst. and dis. of w. and children 1913. April u. Mai.)

17) W. S. Smith (Baltimore, Md.). Extrauteringravidität. Operation 3 Monate nach dem normalen Geburtstermin. Heilung. Redner betont, daß bei aller Anerkennung sonstiger ätiologischer Faktoren doch entzündlichen Tubenerkrankungen die größte Bedeutung in der Ätiologie der Extrauterinschwangerschaft zukäme. Für die ampulläre Gravidität scheint der Tubarabort, bei isthmischem Sitz des Eies die Ruptur der gewöhnliche Ausgang zu sein. Eine Resorption des Fötus findet nach dem 3. Monat nicht mehr statt, vielmehr kommt es dann entweder zur Verkalkung, Mumifikation oder Vereiterung; zu letzterer vornehmlich dann, wenn bei intraligamentärem Sitz des Fruchtsackes die Nähe des Rektums Gelegenheit zur Infektion gibt. Weiter verbreitet sich S. ausführlich über die Schwierigkeiten der Diagnose einer jungen und ungeplatzten Extrauteringravidität. In späteren Monaten ist ebenso wie in frühen das richtige therapeutische Verfahren die Operation, die allerdings bei in die Bauchhöhle ganz oder vollständig ausgetretenem Ei oftmals schwierig ist und wegen technischer Schwierigkeiten der Blutstillung manchmal die Mitnahme des Uterus erfordert. So auch in dem vorliegenden Fall einer 34jährigen IIpara. Letzte Menses Oktober 1910, Operation Oktober 1911. Im Juli 1911 hatte sie einmal Wehen gehabt, die zu einer teilweisen Erweiterung der Cervix führten,

Digitized by Google

sonst stets Wohlbefinden. Bei der Operation findet man einen großen retrouterinen Tumor, der aus einem aus Tube, Ovarium und Placenta aufgebauten Sack besteht. Die Frucht lag schräg in ihrem Amnionsack in der freien Bauchhöhle, mit dem Kopf unter der Leber. — Drainage, glatte Heilung.

18) Douglas H. Stewart (Neuyork). Das Alpha und Omega des Digestionstraktus des Neugeborenen. Hinweis auf die verschiedenen Mißbildungen namentlich im Bereich der Mundhöhle und Betonung der Bedeutung normaler Funktion der Mundhöhle und ihrer Sekrete für das Gedeihen des Kindes.

19) William A. B. Sellman (Baltimore, Md.): Hysterektomie zur Heilung des Uterusprolapses. Auf Grund seiner Erfahrung, daß die plastischen Operationen mit Fixation des Uterus an den Ligamenten oft unbefriedigende Resultate ergeben und auch die vesicovaginale Interposition oftmals die Beschwerden nicht behebt oder gar neue Beschwerden verursacht, tritt Redner dafür ein, den Uterus supravaginal per laparotomiam zu amputieren und in einer zweiten Sitzung die Scheiden-Dammplastik vorzunehmen.

20) Ralph Waldo Lobenstine (Neuyork). Die Tuberkulose in ihrer Beziehung zur Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Auf Grund ausgedehnter Literaturstudien wie eigener Erfahrungen behandelt Verf. die Frage des Einflusses der Gestation auf die Tuberkulose, Tuberkulinreaktion, Einfluß auf die Nachkommenschaft, Verhalten in Hinsicht auf das Stillen, Ehe überhaupt und die Therapie. Die Schwangerschaft, namentlich die in kurzen Zwischenräumen sich wiederholende, ist in manchen Fällen direkt für die Entwicklung eines latenten Prozesses verantwortlich zu machen; bestehende Prozesse werden verschlimmert, besonders unter schlechten sozialen Verhältnissen. Direkte Vererbung der Tuberkulose oder Infektion durch die Placenta scheint zwar selten zu sein, gleichwohl erkranken Kinder tuberkulöser Eltern später häufig an Tuberkulose. Mit Rücksicht darauf empfiehlt Verf. nach Ausheilung der Tuberkulose Eheverbot durch 2—3 Jahre (Gesetzgebung!). Bei eingetretener Schwangerschaft einer Frau mit latenter Tuberkulose kann zunächst abgewartet werden; bei Aktivwerden des Prozesses oder bei von vornherein aktivem Prozeß Graviditätsunterbrechung, eventuell mit nachfolgender Tubenexzision. In schweren Fällen wird die Radikaloperation nach Bumm empfohlen.

21) A. J. Skeel (Cleveland, O.). Entbindung bei Steißlage mit besonderer Berücksichtigung der Technik. Mit Rücksicht auf die hohe Kindermortalität (10% bei Mehr-, 30% bei Erstgebärenden) empfiehlt Verf. kurz vor Beginn der Geburt Lagekorrektur durch äußere Wendung. Zur Verhütung vorzeitigen Blasensprunges wird ein Kolpeurynter eingelegt. Die Geburt selbst soll möglichst abwartend geleitet werden. Nur wenn der Steiß nicht eintritt, ist ein Fuß herunterzuleiten. Bei nicht genügend erweitertem Muttermund sind für den Durchtritt des Kopfes Inzisionen am Platze. Beim engen Becken können noch Pubiotomie, Kaiserschnitt in Frage kommen.

22) Gaston Torrance (Birmingham, Alabama). Nephrektomie wegen polycystischer Degeneration der Niere. Es handelt sich um eine seltene, bei Frauen scheinbar etwas häufiger als bei Männern vorkommende, in 98% der Fälle doppelseitige Degeneration der Niere. Die plausibelste Erklärung der Genese scheint dem Autor die Auffassung als embryonal entstandene Mißbildung (Garceau). Die Symptome sind durchaus uncharakteristisch: im ersten Stadium Nierenvergrößerung, im zweiten Schmerzen, im dritten eventuell Blutung und Nierenkoliken infolge Schwierigkeiten bei der Passage von Blutcoagulis. Schließlich können auch urämische Symptome auftreten. Bei schweren Blutungen und

Digitized by Google

nach genauer Funktionsprüfung muß eventuell die Nephrektomie gemacht werden. Die Mortalität ist ziemlich hoch (35% nach Sieber, ca. 12% nach Albarran-Imbert). Anführung eines neuen Falles, der zunächst geheilt wurde.

23) Henry Enos Tulcy (Louisville, Ky.). Die Schwangerschaftstoxämien. Nach einer ausführlichen Besprechung der verschiedenen Eklampsietheorien erörtert der Verf. die Bedeutung einer genauen Kontrolle der Stickstoffausscheidung im Harn. Steigen des Ammoniakstickstoffs auf 10% und mehr des Gesamtstickstoffs (normal 3—5%) gilt als Zeichen drohender Eklampsie — ebenso Ansteigen des Blutdrucks. Sobald Sehstörungen auftreten, ist die Schwangerschaft sofort zu unterbrechen. Sonst nichts Neues.

24) Sylvester J. Goodmann (Columbus, Ohio). Beobachtungen über Schutz und Wiederherstellung des Dammes. Redner bringt nur allgemein Bekanntes über Dammschutz und -Naht.

25) Wm. Edgar Darnall (Atlantic, City). Die operative Behandlung der puerperalen Septikämie. (Septikämie wird vom Verf. für Puerperalfieber überhaupt gebraucht. Ref.) Mit Rücksicht auf die schlechten Erfolge der operativen Therapie rät Verf. ganz allgemein von jedem größeren Eingriff ab. Bei vielen Prozessen sei die Aussicht auf Heilung ohne Operation größer als mit Operation.

26) Henry Dawson Furniss (Neuyork). Reaktion bei wegen tuberkulöser Affektionen Operierten. Man beobachtet nach Operationen wegen Genital- oder Urotuberkulose häufig, daß die Pat. ohne Störung des Wundverlaufs mit hohem Fieber, allgemeiner Hinfälligkeit, hoher Pulsfrequenz und Exazerbation anderer im Körper bestehender Herde reagieren (was Ref. bestätigen kann!). F. bringt instruktive Beispiele. So verschlimmerte sich einmal nach Nephrektomie der Blasenprozeß ganz erheblich; in den meisten Fällen kam es zum vorübergehenden Aufflackern von Lungenprozessen, wobei allerdings die Narkose mit Schuld sein mag. Der Redner bezieht alle diese Erscheinungen auf das Einbringen von tuberkulösem Material in die Blutbahn bei der Operation.

27) Budd van Sweringen (Fort Wayne, Ind.). Appendicitis in der Schwangerschaft nebst Bericht über einen interessanten Fall. Uterusausladung. An deren Oberfläche war vorn der erkrankte Appendix adhärent und hatte hier eine in die Uteruswand eindringende Ulzeration veranlaßt. Der Uterus war im ganzen nach rechts verzogen, am Collum adhärent, der ganze erkrankte Bezirk von Netz bedeckt. Es wurde die Appendektomie und Exstirpation des die Ulzeration zeigenden Uterushorns gemacht. Glatte Heilung.

28) A. S. Hotaling (Syracuse, N. Y.). Der Ammoniakkoeffizient in der Schwangerschaft mit einem Bericht über 60 Fälle. Bei völlig normaler Schwangerschaft bleibt auch der Ammoniakkoeffizient normal; häufig aber finden sich leichtere Störungen. Der Ammoniakkoeffizient steigt um so höher, je schwerer die Störung ist. Ein Gehalt von über 10% des Gesamtstickstoffs zeigt eine schwere Toxämie an, selbst dann, wenn sonstige klinische Symptome fehlen.

29) G. van Amber Brown (Detroit, Mich.). Diagnostische Methoden bei Erkrankungen der oberen Harnwege. Bespricht die bekannten Methoden. Die Phenolsulfonphthaleinprobe wird als beste Funktionsprüfung bezeichnet.

30) Henry S. Lott (Winston-Salem). Schneildilatation und Accouchement forcé. Wenn möglich soll man immer per vias naturales entbinden; dazu ist, besonders bei Eklampsie, häufig die rapide Dilatation notwendig. L. hat

Digitized by Google

gleichzeitig mit, aber unabhängig von Bossi einen ähnlichen Dilatator konstruiert, den er empfiehlt. Jaschke (Gießen).

Zeitschriften.

4) Archivio di ostetricia e ginecologia. Bd. III. Festschrift zur Feier des 100jährigen Bestehens der geburtshilflich-gynäkologischen Klinik zu Neapel. Herausgegeben von Prof. Miranda.

Zur Jahrhundertfeier der Neapeler Klinik ist dieser über 1000 Seiten starke Band als Festschrift erschienen. Er gibt ein gutes Bild von der wissenschaftlichen und praktischen Arbeit, die an der Klinik, besonders unter dem Direktorat Miranda's geleistet wird. Die zahlreichen, schönen Mikrophotographien sind in Neapel angefertigt, während die Mehrfarbendrucke, welche Poso's ausgezeichnete Arbeit schmücken, in Leipzig bei Funke hergestellt wurden. Außerdem dienen dem Werke zur Zierde eine Tafel mit dem Bildnissen sämtlicher bisherigen Direktoren, ein Faksimile einer Gedenktafel, die im großen Hörsaal der Klinik angebracht wurde und einer Adresse, die Prof. Morisani als Jubiläumsgabe stiftete.

Als Einleitung gibt Miranda einen Rückblick über die Geschichte des Institutes und seine Leistung mit Abdruck wichtiger Aktenstücke. Es schließen sich dann folgende wissenschaftliche Arbeiten an:

1) Taliercio. Primäre Tuberkulose des weiblichen Genitaltraktus.

Eine außerordentlich gründliche Arbeit; weitgehendste Benutzung der Literatur; viele eigene Experimente. Im allgemeinen steht Verf. auf dem auch in Deutschland gültigem Standpunkt, daß im strengsten anatomischen Sinne eine primäre Tuberkulose der weiblichen Genitalien kaum beobachtet wird; wenigstens ließ sich kein in Neapel behandelter Fall so deuten. Die Koitusinfektion kann man nicht ganz sicher ausschließen, aber sie ist sehr schwer zu beweisen. Der gewöhnliche Infektionsweg ist die Blutbahn und die sekundäre Infektion daher am häufigsten; oder nach örtlicher Erkrankung breitet sich die Tuberkulose auf lymphatischem Wege weiter aus. Daher ist auch der wichtigste Faktor bei Entstehung des Genitaltuberkulose die Erkrankung des Peritoneums, speziell des Pelviperitoneums, auf welchem Wege sie auch immer entstanden sein mag. Erläutert werden die Befunde des Verf.s durch gute Mikrophotographien und eine kolorierte Tafel makroskopischer Präparate.

2) Piccoli. Über ovariolytisches Serum.

Es ist Verf. nicht gelungen, ein spezifisches Ovariolysin herzustellen. Bis jetzt hat nur Delle Chiaje ein Cytotoxin dargestellt, welches heftige Degeneration des Ovariums hervorruft. Diese Versuche bedürfen unbedingt der Nachprüfung.

3) Capellani. Pocken und Schwangerschaft.

Während einer Pockenepidemie in Neapel hatte der Autor Gelegenheit, 41 Fälle dieser Komplikation zu beobachten. Im ganzen ergab sich dabei eine mütterliche Mortalität von 26,8%. Die von hämorrhagischen Pocken befallenen Frauen starben alle. In 46,3% trat vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft ein. Die Pocken als solche nahmen bei den Schwangeren keinen schwereren Verlauf als sonst. Die größere Mortalität ist sekundärer Infektion vom Genitaltraktus aus zuzuschreiben. Auf das Schwangerschaftsprodukt haben die Pocken oft deletären Einfluß durch mehr oder weniger heftige Blutungen mit früh- oder vorzeitiger Unterbrechung. Stets finden sich Blutungen in Decidua und Placenta, wodurch entweder direkt das Ei zerstört oder indirekt das Leben der Frucht

Digitized by Google

gefährdet wird. Der Fötus kann aber auch durch Infektion oder Intoxikation zugrunde gehen. Der Übergang von Toxinen auf die Frucht läßt sich sowohl durch histologische Veränderungen an den fötalen Organen, als auch durch die Guarneri'sche Reaktion nachweisen.

4) Enea. Der extraperitoneale Kaiserschnitt.

Aus 492 gesammelten Fällen, darunter 30 wiederholten Graviditäten, zieht Verf. seine Schlüsse. Die Literatur ist so gut wie vollständig angeführt (206 Nummern.). 3,44% mütterliche, 2,63% kindliche Mortalität.

Nächst den Deutschen haben die Italiener am meisten am extraperitonealen Kaiserschnitt gearbeitet, sehr viel weniger die Franzosen. Für reine Fälle bleibt die klassische Sectio reserviert. Besser als der Pfannenstiel-Schnitt ist der Längsschnitt. Bei irgend zweifelhaften Fällen stets Drainage. Bei ausgesprochener Infektion Perforation auch des lebenden Kindes oder bei zu engem Becken Porro. Will man letzteren nicht machen, so bleibt noch der Weg der Sellheimschen Uterus-Bauchdeckenfistel. Bei Conj. vera bis 7,5, oder nach einigen Geburtshelfern bis 7,0, tritt mit dem extraperitonealen Kaiserschnitt die Pubiotomie in Konkurrenz, wenn nicht als Kontraindikation Ödeme oder Varicen der äußeren Genitalien bestehen. Ebenso soll man die Pubiotomie vermeiden bei Iparae und infantilen Genitalien. Bei Placenta praevia neigt Verf. mehr zur Sectio caesarea, da sich im Notfalle leichter der Porro anschließen lasse; dagegen soll man die Sectio extraperiton. machen bei Infektionsverdacht, engem Becken und ausgetragenem, lebendem Kinde. Vorbedingung ist stets genügende Vorbereitung des unteren Uterinsegmentes; die Technik soll nach Latzko-Döderlein angewendet werden.

5) Lenzi. Weiterer Beitrag zur Stielbildung und Stieldrehung der Parovarialcysten.

41 Fälle aus der Literatur und 3 eigene Beobachtungen zeigen, daß Stielung und Stieldrehung bei Parovarialcysten weitaus häufiger vorkommt, als allgemein bisher angenommen wurde.

6) Maiella. Infektion der Laparotomiewunde in Fällen von Genitaltuberkulose.

Wenn man nach Operationen wegen Genitaltuberkulose den Bauch nicht vollständig schließen kann, soll man sich mit Drainage zur Vagina begnügen, nicht aber Mikulicz-Tampon anwenden, da sonst die Laparotomiewunde leicht tuberkulös wird, wie Verf. es in drei Fällen sah.

7) Piccoli. Über die Struktur der fötalen Gefäße mit besonderer Berücksichtigung des elastischen Gewebes.

Durch schöne Mikrophotographien erläuterte Untersuchungen. Man kann in der fötalen Aorta schon von der Mitte des 3. Monats an elastische Fasern nachweisen. In den fötalen Arterien ist besonders eine innere Grenzschicht, dicht unter dem Endothel, entwickelt. Vom 7. Monat beginnt die Umwandlung in die bleibende Form. Bei allen großen fötalen Arterien läßt sich in der Media schon Muscularis und Elastica unterscheiden. Die Adventitia ist doppelt so dick, als die Media, und zahlreiche elastische Elemente bilden zwei Lager, ein inneres longitudinales und ein äußeres zirkuläres. Die Art. umbilicalis enthält spärliche elastische Fibrillen und viel Muskelgewebe, während es bei der Vena umbilicalis und dem Ductus Arantii umgekehrt ist. Der Ductus Botalli ist ganz frei von elastischen Elementen.

8) Lenzi. Fibroperitheliom des Ovariums.

Kasuistische Mitteilung.

Digitized by Google

9) Poso. Das Chorioepitheliom des Uterus.

Als Monographie von mir schon referiert in dieser Nummer dss Zentralblatts.

10) Capaldi. Zwei weitere Fälle von extraperitonealem Kaiserschnitt, davon einer wiederholt.

Beide Kaiserschnitte wurden wegen Beckenenge bei gesprungener Blase nach Latzko's Vorschrift ausgeführt. Beide mit gutem Erfolg für Mutter und Kind. Der wiederholte Kaiserschnitt bot ziemlich große Schwierigkeit durch feste Adhäsionen, so daß die Abschiebung der Blase nur von rechts nach links gelang und die Plica vesico-uterina einriß. Das Peritoneum wurde gleich höher oben auf den Uterus angenäht und die Operation dann extraperitoneal beendet.

11) Capaldi. Zwei Fälle von Blasen-Scheidenfistel.

Kranken- und Operationsgeschichte zweier Fälle, die beide geheilt wurden und nichts besonders Bemerkenswertes bieten.

12) Rizzacasa. Tod einer Parturiens infolge Ruptur von Ösophagusvaricen.

Außerordentlich seltene, vielleicht einzig dastehende Beobachtung. Eine 35jährige Multipara stirbt unmittelbar nach der Geburt, nachdem sie schon 2 Tage abundante Hämatemesis gehabt hatte. Die Sektion ließ obengenannte Todesursache erkennen, als deren Grund sich schon länger bestehende Lebercirrhose fand.

13) Lamacchia. Über einen Fall von Adenomyoma uteri.

Kasuistik.

14) Lamacchia. Die Spirochäte in den Organen und Adnexen des hereditär syphilitischen Fötus.

Die Spirochäten fanden sich fast stets in der Leber und Milz, dann in der Niere. In 50% in der Nebenniere, selten in der Lunge, einige Male im Pankreas, vereinzelt in Placenta und Nabelstrang. Bemerkenswert ist, daß sie sich in vier von acht untersuchten Fällen im Epiphysenknorpel, entsprechend der Wegner'schen Osteochondritis, nachweisen ließen. Knoop (Duisburg).

Blasenmole und Chorioepitheliom.

5) **Poso (Neapel). Das Chorioepitheliom des Uterus.** 376 S., 42 farbige Figuren auf 9 Tafeln. Neapel, Aurelio Tocco, 1912.

Den größten Teil des mit sehr guten, meist mehrfarbigen Abbildungen ausgestatteten Buches nehmen die aus der Literatur gesammelten über 100 Fälle von Chorioepitheliom ein. Verf. gibt ausführlich Krankengeschichten und pathologisch-anatomischen Befund wieder und fügt 3 eigene Beobachtungen hinzu. Aus der Zeit vor Sänger's klassischer Arbeit über Deciduoma malignum wurden 5 Fälle genau analysiert und dem Chorioepitheliom zugezählt. Chronologisch reihen sich dann die Beobachtungen bis Marchand und die der späteren Zeit an. Es lassen sich nicht alle Fälle unter dem Gesichtspunkt der drei Typen Marchand's rubrizieren; einzelne ergeben bei kritischer Betrachtung, daß es sich nicht um echte Chorioepitheliome, sondern um das Eibett bei infiltrierender Mole handelt, andere sind wahrscheinlich Beispiele für heteromorphe Infiltration des Chorions; ebenso tauchen Zweifel auf über einen von Marchand berichteten Fall von Chorioepitheliom der Tube nach Tubarabort. Alle Einzelheiten können hier nicht angeführt werden, die genannten mögen genügen.

Der Wert des Buches liegt besonders in der guten, kritischen Durcharbeitung vieler Veröffentlichungen über das in Rede stehende Krankheitsbild, in den vorzüglichen Abbildungen und in einem ausführlichen Literaturverzeichnis (117 Num-

Digitized by Google

mern). Über die wahre Ätiologie wird uns nur das Experiment Aufklärung schaffen können. Knoop (Duisburg).

6) **E. Cary (Chicago). Chorioepitheliom.** (Surgery, gynecology and obstetrics Vol. XVI. Nr. 9.)

Das beschriebene Chorioepitheliom war nach dem Befund der mikroskopischen Untersuchung des exstirpierten Uterus als relativ benigne anzusprechen. Trotzdem starb die Pat. 3 Jahre später an Metastasen in den Lungen, der Milz, dem Zwerchfell, der Dura mater und dem Rückenmark. Besonders bemerkenswert ist, daß in den Sekundärtumoren wohlausgebildete Zotten gefunden wurden.

Robert Stern (Offenbach).

7) **Proust und Bender (Paris). Das maligne Chorioepitheliom.** (Revue de gynécologie 1913. Bd. XX. Nr. 4).

8) **Pollosson und Violet (Lyon). Idem.** (Ibid. Nr. 5.)

Ausführliche Referate für den VII. nationalen Kongreß für Gynäkologie, Geburtshilfe und Pädiatrie zu Lille im März 1913. Die beiden erstgenannten Autoren referieren über die Tumorbildung vom pathologisch-anatomischen und pathogenetischen Gesichtspunkt, die beiden anderen liefern eine eingehende klinische Studie. Besonderes Interesse beanspruchen die Auseinandersetzungen der beiden erstgenannten Autoren über das Chorioepitheliom in Teratomen; sie schließen sich dabei im allgemeinen den Auffassungen von Schlagenhaufer und Pick an. Im klinischen Teil der Referate wird das Fazit gezogen aus 455 Beobachtungen. Es sei nur erwähnt, daß von diesen 203 nach Molen- und 12 nach Tubargravidität beobachtet wurden. Noch 21 Jahre nach einem Abort und 1 Jahr nach der Menopause trat Tumorbildung auf. Definitive Heilung in 72%. Tod in 14%. Knoop (Duisburg).

9) **Yamato (Ryosaku). Über den Geschwulstcharakter des Chorionangioma placentae.** Inaug.-Diss., München, 1913.

Makro- und mikroskopische Beschreibung mit drei Abbildungen eines einschlägigen Falles, der bei einer 27jährigen IIIpara zur Beobachtung kam. Tabellarische Zusammenstellung von 75 Fällen aus der Literatur.

O. Eisenreich (München).

10) **Frans Daels. Beitrag zum Studium der benignen chorioepithelialen Zellinvasion in die Wand des Uterus und des Eileiters. (I. Teil).** (Bull. de l'acad. royale de méd. de Belgique 1912. Dezember.)

Entbindung im Anfang des 10. Schwangerschaftsmonats. 3 Tage später Tod an Bronchopneumonie. Ausgebreitete chorioepitheliale Zellinvasion in die Muskulatur des Uterus.

Hysterektomie eines myomatösen Uterus im 4. Schwangerschaftsmonat. Tiefe chorioepitheliale Invasion in die Muskulatur. Bestätigung der Ergebnisse von Robert Meyer. (Autoreferat.)

11) **Sundt (Halfdan). Eine Blasenmole.** (Med. revue Bergen 1912. p. 18.)

21jährige Ipara, aus tuberkulös belasteter Familie: Husten, Abmagerung, Anämie; längere Zeit hindurch Genitalblutungen. — Spontan wurde eine mittelgroße Blasenmole geboren. — Nach 3 Wochen wieder Blutung: Abrasio mucosae uteri. Mikroskopisch: Keine Malignität. — Vollständige Genesung.

Kr. Brandt (Christiania).

Digitized by Google

Fötus und Neugeborenes.

12) **M. Neuberg. Die Säuglingsmortalität in den kleinen Städten und mittelgroßen Ortschaften der Schweiz.** Inaug.-Diss., Zürich, 1912.

Ursachen der Säuglingsmortalität. Tabellen, deren Zahlen aus dem sanitärisch-demographischen Wochenbulletin der Schweiz entnommen sind.

F. König (Bern).

13) **N. Lichtenstein. Über die Morbidität im Wochenbett bei vorzeitigem Fruchttod.** Inaug.-Diss., Basel, 1912.

In Basel wurden in 7 Jahren 84 Fälle von Foetus sanguinolentus beobachtet, wobei 42mal Lues, 8mal gestörter Placentarkreislauf, je 4mal Nephritis und Mißbildungen, je 1mal Pneumonie und Trauma die Ursache waren. In den übrigen Fällen fand sich kein Grund für das Absterben. 26,2% der Wöchnerinnen fieberten, Todesfälle traten 4 ein, jedoch nicht alle als Folge des Fruchttodes. Der Foetus sanguinolentus bedingt keine erhöhte Gefahr, insbesondere keine erhöhte Lebensgefahr für die Mutter. W. König (Bern).

14) **C. Colombarolli. Über einen seltenen Fall angeborenen Herzfehlers.** (Morgagni Parte I. 1913. Nr. 1 mit 4 Abb.)

Der Träger der Mißbildung erreichte ein Alter von 17 Jahren; er war stets leicht cyanotisch und zu jeder Arbeit unfähig; die Diagnose hatte auf offenen Ductus Botalli gelautet. Am anatomischen Präparat fand sich vollkommenes Fehlen des Conus pulmonalis, an seiner Stelle ein als Ventrikel funktionierender Blindsack; Durchgängigkeit und Transposition des Septum interventriculare, so daß die Aorta mehr über den rechten, als über den linken Ventrikel hervorragt; Durchgängigkeit des Foramen Botalli ohne eine Spur einer Membrana ovalis, Fehlen des linken Herzohrs. Der Verf. ist der Meinung, daß entzündliche Entstehung auszuschließen und eine Entwicklungsstörung des Herzens anzunehmen sei, und zwar eine Störung auf phylogenetischer Basis, ein Stehenbleiben auf dem Stadium des Schildkrötenherzens. — Die Cyanose war zu Lebzeiten wesentlich geringer, als man bei dieser schweren Kreislaufstörung hätte erwarten sollen.

Küster (Breslau).

15) **M. Lampert. Foetus papyraceus.** Inaug.-Diss., Bern, 1912.

Zusammenstellung von 28 Fällen aus der Literatur. F. König (Bern).

16) **F. C. Pridham (Darlington). Intrauterin aufgetretene Windpocken.** (Brit. med. journ. 1913. Mai 17.)

Ungefähr 4 Stunden p. p. sah Verf. ein Neugeborenes, welches am ganzen Körper, besonders aber am Kopf und Rumpfe mit Windpocken bedeckt war. Die Eruptionen entsprachen ca. dem 4. Tage der Erkrankung. 14 Tage a. p. war der letzte Fall von Windpocken im selben Hause gewesen, die erkrankten Kinder waren ins Krankenhaus gebracht worden. Die Mutter war frei von der Erkrankung. Die Infektion mußte intrauterin erfolgt sein. In wenigen Tagen waren die Erscheinungen verschwunden. Sieber (Grunewald-Schmargendorf).

17) **Geo. W. Kosmak (Neuyork). Sofortige Behandlung der Depressionsfrakturen am Schädel des Neugeborenen.** (Bull. of the Lying-in Hospital of the City of New York 1913. März.)

Die fast allgemein akzeptierte Annahme, daß das Gehirn des Neugeborenen durch Schädelimpressionen nicht geschädigt werde, vielmehr sich den veränderten Raumverhältnissen gut anpasse, erleidet in praxi viele Ausnahmen. Viele nervöse Störungen, manche Epilepsie, selbst Idiotie sind auf solche vernachlässigte Frakturen zurückzuführen. Verf. empfiehlt daher, um diesen Folgen aus dem Wege zu gehen, in jedem Falle die Elevation des eingedrückten Knochens vorzunehmen,

Digitized by Google

und hat zu diesem Zweck einen, wie mir scheint, ebenso einfachen als praktischen Elevator angegeben: Ein rechtwinkelig abgebogenes, sehr scharfes Häkchen. Die Spitze wird durch den Knochen an seiner tiefsten Stelle eingedrückt, dann der Griff um 90° gehoben und der Knochen gehoben. Bericht über vier Fälle.

Jaschke (Gießen).

18) **Edward P. Davis** (Philadelphia, Pa.). **Thymustod beim Neugeborenen.** (Amer. journ. of obst. and dis. of w. and children 1913. Mai.)

Bericht über einen Fall: Lebensfrisch geborenes, reifes Kind, das 24 Stunden post partum plötzlich unter Krämpfen starb und bei dem die Obduktion nichts als eine in beiden Lappen vergrößerte Thymus ergab. Verf. meint, daß vielleicht Schwangerschaftstoxine, in anderen Fällen Wiederbelebungsversuche, die zu Blutüberfüllung der Thymus führen, für die Vergrößerung der Drüse in Betracht kommen könnten und führt aus der Literatur die verschiedenen Ansichten über Thymustod an. Jaschke (Gießen).

19) **H. N. Rowell** (Berkeley). **Melaena neonatorum.** (Pac. med. journ. 1913. Mai.)

Letale Melaena am 5. Tage p. p. nach eintägiger Dauer trotz Einläufen von Eiswasser, Tannin, Hydrastin, Kochsalzlösung mit Adrenalin und mit Ergotin. Autopsie ergab Magen, Duodenum und Jejunum ohne Besonderheiten. Der größte Teil des Ileum enthielt freies Blut. Die Mucosa ließ sich leicht abheben. In der freien Bauchhöhle keine Flüssigkeit. Die Blutgefäße der Därme waren auch mikroskopisch nicht dilatiert. Es fanden sich weder Thrombose der Mesenterialgefäße, noch Intussuszeption, noch Abknickungen oder Hernienbildungen. Der Kopf des Coecums war sehr dilatiert, der Appendix normal, ebenso Kolon und Rektum. In letzterem fand sich kein Blut. Unter der degenerierten Schleimhautmembran des Ileum ließen sich keine Entzündungserscheinungen von Mucosa oder Submucosa feststellen. Auch bakteriologisch zeigten sich keine Abnormitäten.

Sieber (Grunewald-Schmargendorf).

20) **J. M. Postlethwaite** (Whalley). **Langer Zwischenraum zwischen den Geburten zweier Zwillinge.** (Brit. med. journ. 1913. April 26.)

Von einer IIpara war ein Zwilling in normaler Geburt geboren. Danach stellten sich 24 Stunden kräftige Wehen ein, ohne daß das in Geradlage befindliche zweite Kind geboren worden wäre. Lochien stellten sich nicht ein. Erst nach beinahe 6 Wochen kam das zweite Kind zur Welt. Die Mutter war 14 Tage nach der Geburt des ersten Zwillings wieder ihren Geschäften nachgegangen. Das erste männliche Kind wog 6, das zweite, weibliche $6^1/_2$ Pfund.

Sieber (Grunewald-Schmargendorf).

Geburtshilfliche Operationen.

21) **G. W. Kosmak** (Neuyork). **Radikale und konservative Methoden in der Geburtshilfe.** (Med. record 1913. März 22.)

Bei Hyperemesis gravidarum Bettruhe, rektale Ernährung, genaue Urinkontrolle auf Azeton, Oxybuttersäure usw. Wenn nötig, Abortus arteficialis.

Bei drohendem Abort Ruhe, Sedativa, bei inkompletem Abort Abrasio.

Bei engem Becken Versuch der Tarnier'schen hohen Zange am feststehenden Kopfe, wenn das Mißverhältnis zwischen Kopf und Becken nicht zu groß ist. Mißlingt die hohe Zange, dann Hebosteotomie. Bei Multiparen mit Conjugata bis $8^1/_2$—9 cm empfiehlt K. innere Wendung auf den Fuß.

Gelingt es nicht, den Kopf in Narkose in das Becken einzupressen, dann gibt ein rechtzeitiger Kaiserschnitt bessere Chancen als Wendung oder Zange.

Digitized by Google

Eklampsie: Beschleunigte Entbindung unter Vermeidung großer Eingriffe, Aderlaß, Narkotika und Sedativa.

Puerperalfieber: Bettruhe, Eisblase, Ergotin, bei Lochiometra Dilatation der Cervix mit Finger. Sera therapeutisch von fraglichem Wert, Spülungen schädlich.

Schottelius (Hamburg).

22) **James A. Harrar** (Neuyork). **Wann ist die hohe Zange gerechtfertigt?** (Amer. journ. of obst. and dis. of w. and children 1913. Februar.)

Die richtige hohe Zange (am über dem Becken beweglichen Kopf) darf wegen der Gefahr schwerer Zerreißungen und der Gefahren für das Kind nur von geübter Hand und nur bei strenger Indikationsstellung angewendet werden. Sie ganz zu verwerfen, hält Verf. nicht für gerechtfertigt.

Wo man wegen engen Beckens Zweifel hat, ob das Kind durchgehen wird, ist immer der Kaiserschnitt vorzuziehen. Denn die Gefahr für die Mutter ist in solchen Fällen bei letzterem geringer; ebenso ist beim Kaiserschnitt die kindliche Mortalität gleich Null, bei der hohen Zange 17—26%. Nur bei schweren Erkrankungen der Mutter, wie fortgeschrittener Phthise, Typhus, dekompensierten Herzerkrankungen ist die hohe Zange vorzuziehen (? Ref.).

Bei mäßig verengtem Becken schwanken die Meinungen, ob die Wendung oder hohe Zange vorzuziehen sei. Markoe hat unter 60 000 Geburten für erstere eine kindliche Mortalität von 41,32%, für letztere von 26,16% berechnet; ähnlich fand Taylor 46,6% : 25%, Verf. 25,5% : 17,6%. — Danach hält er sowohl beim platten wie allgemein verengten Becken die Wendung für gefährlicher und jedenfalls immer dann für ungeeignet, wenn es die Zange auch ist. In Fällen schwieriger Indikationsstellung (mittlere Grade von Beckenverengerung) hat sich dem Verf. immer die Impression nach Kerr-Mueller bewährt. Bei nicht zu großem Mißverhältnis Pubiotomie, sonst Kaiserschnitt. Wo diese Operationen kontraindiziert sind, Versuch der hohen Zange vor der Kraniotomie, wobei oft noch ein Erfolg zu erzielen ist, namentlich bei Unterstützung durch die Walcher'sche Hängelage, die aber nur beim platten Becken Erfolge gibt.

Auch bei normalem Becken kann infolge von Wehenschwäche, mangelhafter Erweiterung (dann mit Zuhilfenahme von Einschnitten) aus mütterlicher oder fötaler Indikation die hohe Zange notwendig werden. Zur Technik derselben bemerkt Verf., daß jede große Gewaltanwendung vermieden werden muß. Folgt der Kopf nach 1—2 Traktionen nicht, dann soll man bei noch lebensfrischem Kinde und mangels sonstiger Kontraindikationen die Pubiotomie, sonst Kraniotomie machen. Die Wendung wird wegen ihrer schlechten Resultate immer verworfen. Aber die hohe Zange gehört nur in die Hand des geübten Geburtshelfers.

Jaschke (Gießen).

23) **James A. Harrar** (Neuyork). **Wann ist die hohe Zange gerechtfertigt?** (Bull. of the Lying-in Hospital of the City of New York 1913. März.)

Cf. vorstehendes Referat. Jaschke (Gießen).

24) **W. Zangemeister. Ein Handgriff zur Umwandlung der Gesichtslage.** (Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 23.)

Der Thorn'sche Handgriff, der von der Unterstützung einer Hilfsperson abhängig ist, bietet eine Reihe von Schwierigkeiten, so daß er dem geburtshilflich weniger beschäftigten Praktiker nicht empfohlen werden kann. Der Verf. verwendet seit mehreren Jahren einen Handgriff, der von einer Person allein in technisch leichter und ungefährlicher Weise ausgeführt werden kann. Die Technik dieses Handgriffes ist auf p. 917 dieses Zentralblattes in dem Bericht über den XV. Kongreß der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie 1913 beschrieben.

Digitized by Google

Folgende Indikationen stellt Verf. für die Umwandlung auf:

1) Verzögerung des Kopfeintrittes nach gesprungener Blase und bei erweitertem Muttermund.

2) Wenn Gesichts- oder Stirneinstellungen bestehen, die eine Geburtsverzögerung wahrscheinlich machen.

3) Wenn bei Gesichts- oder Stirneinstellung Ereignisse eintreten, welche eine baldige Geburtsbeendigung wünschenswert erscheinen lassen, die Wendung jedoch nicht mehr möglich ist, und der Spontanverlauf in Gesichtslage voraussichtlich zu lange dauern wird. Frickhinger (München).

25) **Jullien (Amiens). Totale Hysterektomie bei verschleppten fehlerhaften Lagen.** (Prov. méd. 26. Jahrg. Nr. 5.)

Verf. berichtet über zwei Fälle, bei denen die totale Hysterektomie bei verschleppter Querlage ausgeführt wurde. Im ersten Falle handelte es sich um eine verschleppte Querlage, tief eingekeilte Schulter, Armvorfall, Nabelschnurvorfall, Fußvorfall und Uterusruptur; letztere bedingt durch 3stündige geburtshilfliche Manipulationen. Totalexstirpation des Uterus samt Inhalt. Exitus. Im zweiten Falle bestand bei verschleppter Querlage drohende Uterusruptur. Auch in diesem Falle wurde die Totalexstirpation des Uterus mit Inhalt ausgeführt, da man befürchtete, daß beim geringsten geburtshilflichen Eingriff eine Ruptur eintreten würde, daß die Frau eine eventuell sich daran schließende Laparotomie nicht überstehen würde, und weil endlich eine bereits erfolgte Infektion des Uterus wahrscheinlich war. Die Frau kam durch. Die Kinder waren in beiden Fällen abgestorben. Hohl (Bremerhaven).

26) **K. Wortsmann. Über den Vorfall mehrerer Extremitäten bei Schädellage.** Inaug.-Diss., Bern, 1913.

Besprechung von 6 Fällen aus der Literatur und 2 eigenen, wobei es sich einmal um Vorfall von beiden Armen und einem Fuß, das andere Mal um Vorfall aller vier Extremitäten handelte. In beiden Fällen wurde die Wendung auf den Fuß ausgeführt. F. König (Bern).

27) **F. L. Good. Ein neuer geburtshilflicher Gummidilatationsballon.** (Surgery, gynecology and obstetrics Vol. XVI. Nr. 3.)

Verf. hat einen pilzförmigen Hystereurynter konstruiert, der aus zwei gesonderten Kammern besteht. Die eine entspricht dem Pilzkopf, die andere dem Stiel. Jede von beiden kann für sich gefüllt werden. Nach der Einführung des Ballons wird zuerst die obere pilzkopfförmige Kammer gefüllt und dann erst die untere stielförmige. Dadurch soll bewirkt werden, daß der Ballon im Gegensatz zu anderen Formen gleichzeitig auf das untere Uterinsegment und den Cervicalkanal einwirkt, und daß der die Cervix dilatierende Teil durch den im Uterus liegenden in seiner Lage gehalten wird. Robert Stern (Offenbach).

Harnorgane.

28) **J. Borelius (Lund). Über die Bedeutung der anormalen Nierengefäße für die Entstehung und Entwicklung der Hydronephrose.** (Fol. urolog. 1913. Bd. VII. Nr. 10.)

Nach seinen Beobachtungen kommt Verf. zu folgenden Resultaten:

1) Anormale Nierengefäße, die in den unteren Teil des Nierenhilus eintreten, können für die Entwicklung einer Hydronephrose von Bedeutung werden, wenn sie vor dem Ureter gegen den hinteren Rand des Hilus, oder wenn sie hinter dem Ureter gegen den vorderen Rand des Hilus ziehen (Ekehorn'sche Regel).

Digitized by Google

2) Neuere Beobachtungen deuten darauf hin, daß anormale Nierengefäße dieser Art oft bei Hydronephrose vorkommen und demnach wahrscheinlich eine sehr häufige Ursache der Hydronephrose bilden.

3) Die Kreuzung eines solchen Gefäßes kann jedoch nicht die einzige und primäre Ursache sein, sondern es muß noch ein anderes ursächliches Moment für die beginnende Erweiterung des Nierenbeckens in jedem Falle vorliegen.

4) Dieses erste, ursächliche Moment ist wahrscheinlich wechselnder Natur, kann aber in den meisten Fällen sicher durch eine gewisse abnorme Beweglichkeit bzw. Senkung der Niere bedingt sein. Linzenmeier (Berlin).

29) **H. Graves** (Schoreditch). **Kongenitale Cystenniere.** (Brit. med. journ. 1913. Juni 28.)

Bei einem 5jährigen Kinde, das an akuter Enteritis gestorben war, wurde bei der Autopsie beiderseitige hochgradige Cystenniere gefunden. Die eine Niere wog 35, die andere 28 g. Das Kind schien und fühlte sich stets gesund.

Sieber (Grunewald-Schmargendorf).

30) **Wilh. Lobenhoffer.** **Funktionsprüfungen an transplantierten Nieren.** (Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. XXVI. Hft. 2. 1913.)

Verf. legte sich die Frage vor, ob die im Nierenbecken vorhandenen reichlichen Ganglienzellenanhäufungen ein selbständiges System bilden, oder ob sie nur untergeordnete Bedeutung besitzen. — Zur Beantwortung trennte Verf. bei 40 Doggen die linke Niere von der Art. und Vena renalis und verband die peripheren Stümpfe derselben mit der Art. bzw. V. lienalis mittels Carrel-Stich'scher Naht. Der Ureter wurde gründlich isoliert, in einigen Fällen durchschnitten und wieder genäht. Nach etwa 8 Tagen exstirpierte Verf. die rechte Niere. Als gelungen sieht Verf. 10 Transplantationen an. — Die histologische Untersuchung erfolgreich transplantierter Nieren ergab, daß dieselben »die feinsten und empfindlichsten morphologischen Strukturen, in denen der Ausdruck der Funktion liegt, in normaler Weise besitzen«.

Die funktionelle Prüfung (Kochsalzdiurese, Phloridzin, Indigokarmin) ergab, »daß die erfolgreich autoplastisch transplantierte Niere nicht nur allen normalen, sondern auch gesteigerten Ansprüchen gerecht zu werden fähig ist«. — Da zu dieser Funktion Nerveneinflüsse nötig sind und Verf. diese, soweit sie von außen in die Niere gelangen, zerstörte, nimmt er an, daß der »intrarenale Plexus soweit selbständig ist, daß er die für die Nierenarbeit nötigen Impulse auf das Gefäßsystem allein ausüben kann«. Den vom Rückenmark und Sympathicus zur Niere tretenden Fasern mißt Verf. »nur untergeordnete Bedeutung zu«, sie vermitteln wahrscheinlich regulatorische Einflüsse. Kurt Hanusa (Kiel).

31) **H. Hohlweg** (Gießen). **Weitere Erfahrungen über die Behandlung der Pyelitis mit Nierenbeckenspülungen.** (Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 26 u. 27.)

Da sowohl die Behandlung der Pyelitis mit großen Flüssigkeitsmengen als auch mit Harndesinfizientien, mit der Vaccination und Erhöhung der Harnazidität keine auf die Dauer befriedigenden Resultate ergeben hat, so erachtet der Verf. es als einen bedeutenden Erfolg der Nierenbeckenspülungen, daß unter diesem Verfahren von 17 Pat. 15 sowohl klinisch wie bakteriologisch vollkommen geheilt wurden, ja daß er bei 12 Pat., bei denen eine Nachuntersuchung möglich war, von einer Dauerheilung sprechen kann. Unter den zwei Fällen, bei denen die Bakterien nicht zum Verschwinden gebracht werden konnten, lag der eine so,

Digitized by Google

daß die im Urin ausgeschiedenen Bakterien vielleicht seit langer Zeit irgendwo im Organismus (Gallenblase, Darm) sich angesiedelt hatten und durch Lymphbahnen der Niere zugeführt wurden. Beim anderen Falle war es wahrscheinlich von einer Coliinfektion des Nierenbeckens zu einer chronischen Entzündung des Nierengewebes selbst gekommen. Es war auch ausgesprochene Albuminurie zu konstatieren, die auf Mitbeteiligung der Niere hindeutete. Solche Fälle eignen sich nicht zu Nierenbeckenspülungen.

Auffallend war eine hohe Beteiligung ($^1/_3$) des männlichen Geschlechtes bei der Erkrankung an Pyelitis. Sollte diese Beobachtung häufiger gemacht werden, so müßte die Anschauung von dem aufsteigenden Infektionsmodus etwas modifiziert werden. Dann müßte der lymphogenen Infektion eine breitere Möglichkeit zugestanden werden.

Als Spülflüssigkeit wurde meist Argentum nitricum verwendet, in steigender Konzentration von 1- oder $2^0/_{00}$igen bis zu $^1/_2$- und 1%igen Lösungen. In der Woche wurden 2, manchmal sogar drei Spülungen vorgenommen. Dies ist namentlich bei der Anwendung von Perhydrol und Argyrol möglich.

Frickhinger (München).

32) **Raimoldi** (Rom). **Beitrag zur Behandlung der Pyelitis durch lokale Einwirkung.** (Rivista osped. 1913. Nr. 2.)

Bei Pyelitis, insbesondere in der Gravidität, empfiehlt R. warm den Ureterkatheterismus mit nachfolgender Spülung des Nierenbeckens mit Collargol oder Protargol. Notwendig ist vorherige sichere Diagnose, ob es sich nicht um Pyonephrose oder Steine handelt, da hier Nierenbeckenspülungen nicht heilend, sondern nur für den Augenblick bessernd wirken. Am besten helfen die Spülungen bei ganz frischen Erkrankungen, weniger gut bei älteren.

Knoop (Duisburg).

33) **Pieri** (Rom). **Angeborene Mißbildung des Ureters. (Verdoppelung mit vaginaler Mündung.)** (Rivista osped. 1913. Nr. 2.)

Zur Heilung der obengenannten Mißbildung versuchte man zunächst das in der Vaginalwand verlaufende Stück des Ureters frei zu präparieren und pflanzte es dann in die Blase ein. Die Folge war Pyonephrose und Nekrose des eingepflanzten Endes. Man mußte schließlich die Niere exstirpieren. Pat. machte ein sehr schweres Krankenlager durch mit Dekubitus, schwerer Cystitis und Inkontinenz, welche durch Narbenzug an der Urethra, entstanden durch die erste Operation, verursacht wurde. Nach einer plastischen Nachoperation trat schließlich vollkommene Heilung ein.

Knoop (Duisburg).

34) **Muret** (Lausanne). **Inkontinenz und Vaginalprolaps.** (Revue de gynécol. Bd. XX. 1913. Nr. 4 u. 5.)

Selbst bei geringem Prolaps der vorderen Vaginalwand kann durch Zerrung am Sphincter vesicae Inkontinenz entstehen. Um dies zu verhüten, muß man im Wochenbett von der 2. Woche an adstringierende Spülungen und Glyzerintampons benutzen, dazu gymnastische Übungen und Sorge für guten Stuhl, sowie häufige Urinentleerung; ebenso wichtig ist Reposition einer Retroflexio uteri. Manchmal hilft bei der Inkontinenz Massage des Septum urethro-vaginale; sonst Pessartherapie. Am besten ist operatives Vorgehen, und Verf. empfiehlt folgende Methode: Anfrischung in der üblichen ovalären Form; Naht des oberen, hinteren Teiles des Ovals longitudinal, vorn, hinter der Urethra, transversal, so daß ein T entsteht mit dem Querbalken nahe hinter der Urethra.

Knoop (Duisburg).

Digitized by Google

Medikamente.

35) **Katz (Berlin). Zur medikamentösen Behandlung der Gebärmutterblutung.** (Med. Klinik 1913. Nr. 17.)

Uterusblutungen werden seit längerem in der Geburtshilfe mit Sekale, in der Gynäkologie seit der Einführung von Schatz mit Hydrastispräparaten behandelt. Die Zusammensetzung dieser Drogen im Handel ist aber sehr ungleichmäßig. Konstanter zusammengesetzt ist das Sekalepräparat »Secacornin Roche«, das die Baseler Firma Hoffmann herstellt und die Kombination von Sekale und Hydrastis, das »Erystypticum«. Letzteres Präparat ist genauer nachgeprüft worden. Besonders empfohlen wird es bei Endometritis und bei Menorrhagien sklerotischer Frauen und Mädchen. Dabei ergaben sich selten Versager. Einzelne Fälle von klimakterischen Blutungen wurden ebenfalls günstig beeinflußt. Bei Blutungen infolge von Veränderungen der Adnexe und der Parametrien, die häufig mit dysmenorrhoischen Beschwerden verknüpft waren, wurde dem Erystyptikum Pantopon zugesetzt, das die Beschwerden und die Menstruation wesentlich besserte.

H. Köhler (Kiel).

36) **Horatio C. Wood. Die medikamentöse Behandlung der Uterusblutungen.** (Amer. journ. of obst. and dis. of w. and children 1913. Mai.)

Verf. anerkennt als Ursachen uteriner Blutungen nur zwei Hauptgruppen: Erhöhten Blutzufluß bzw. gestörten Abfluß im Uterus und Verminderung der Gerinnungsfähigkeit des Blutes.

Unter den wirksamen Bestandteilen des Mutterkorns ist weitaus das stärkste das Ergotoxin. Weiter noch das Tyramin (Parahydroxyphenylamin) und Histamin (Betaianinazolylethylamin). Tyramin wirkt auf die sympathischen Uterusnerven, die beiden anderen greifen am Muskel direkt an.

Unter den Bestandteilen der Hydrastis sind zwei Alkaloide von Wichtigkeit, das Hydrastin und Berberine. Aus dem Hydrastin wird durch Oxydation das Hydrastinin gewonnen, das auch direkt auf den Uterusmuskel wirkt. Kotarnin ist im Methoxyhydrastinin, zwei Salze desselben sind das Stypticin und Styptol, beide von befriedigender Wirkung.

Adrenalin hat zwei Wirkungen auf den Uterus, erstens eine Stimulation und zweitens eine viel länger dauernde Sensibilisierung des Uterus für verschiedene Kontraktionsreize. Auch das Pituitrin wird gelobt.

Die Methoden der Blutstillung durch Steigerung der Gerinnbarkeit des Blutes bestehen in Zufuhr von Gelatine, Kalzium oder Serum. An der Tatsache ihrer Wirksamkeit ist nicht zu zweifeln, der Mechanismus derselben ist aber noch ganz unklar.

Jaschke (Gießen).

37) **Eisner (Berlin). Erfahrungen mit Narkophin.** (Therapeutische Monatshefte 1913. Mai. p. 353.)

Narkophin, ein Gemisch von Morphin und dem an sich für Menschen kaum wirksamen Narkotin (1 : 1), wird als weißliches, leicht lösliches Salz in Tabletten zu 0,015 g oder in Ampullen als 3%ige sterile Lösung von Böhringer & Söhne (Mannheim-Waldhof) hergestellt. E. betont für dies Narkophin vor dem Morphium und Opium bei gleicher Wirkung große Vorteile; die geringeren Dosen, die nötig seien, machen eine Gewöhnungsgefahr gegenstandslos. Selbst für Morphiumentziehungskuren sei es geeignet. E. wandte Tabletten, Injektionen oder 15 bis 25 Tropfen einer 2%igen Lösung an.

Hess (Greifswald).

38) **J. Lindsay und A. J. B. Leckie (Bath). Aspirinvergiftung.** (Brit. med. journ. 1913. Mai 24.)

Kräftige Person bekam nach 0,5 g Aspirin Gesichtsschwellung und urtikaria-

Digitized by Google

ähnliche Quaddeln über Brust und Arme. Nach ca. 3 Stunden waren die Augen fast ganz zugeschwollen. Was die Ätiologie dieser Erscheinungen betrifft, so glauben Verff., daß neben idiosynkrasischen Momenten vielleicht der Umstand zu den Vergiftungserscheinungen beigetragen hat, daß Pat. kurz vorher ein Glas Milch getrunken hatte, und daß durch das Alkali Salizylsäure frei geworden ist.

Sieber (Grunewald-Schmargendorf).

39) **Carl Lewin.** **Der Valeriansäureester des Amylenhydrats (Valamin).** (Therapie der Gegenwart 1913. April p. 162.)

Valamin, hergestellt von der chemischen Fabrik Dr. Neumann & Co., Charlottenburg 5, ist im Handel in Kapseln von 0,25 g und zeigt, in Dosen von 3—4mal täglich 0,25 g gegeben, eine deutlich sedative Wirkung in allen den Fällen, wo Baldrianpräparate indiziert sind. Leichtere Fälle von nervöser Schlaflosigkeit werden durch Gaben von 0,5 g, abends vor dem Schlafengehen genommen, in günstiger Weise beeinflußt. — Im Tierversuche trat die erwartete hypnotische Wirkung — vermutlich durch Ausbleiben genügender Resorption — nicht ein. Für den Menschen glaubt L. eine Resorption des Mittels, das vom Magensaft freilich nicht gespalten wird, schon im Magen annehmen zu müssen.

Hesse (Greifswald).

40) **Franz Daels und E. De Somer (Gent). Über die Wirkung von Elektroselenium.** (Geneesk. Tydschr. voor Belgie 1913. Januar 15.)

Geschwulsttragende Tiere sind empfindlicher bei der intravenösen Einspritzung von Elektroselenium. Die makroskopischen und mikroskopischen Veränderungen, die Wahrnehmung von Erscheinungen von Tachyphylaxie und von lokaler Wirkung beweisen die heftige, thromboplastische Wirkung des Elektroseleniums. Klinisch wurden wahrgenommen nach intravenöser Seleniumeinspritzung starke, doch vorübergehende Vasodilatation, geringe Lungenerscheinungen, vorübergehende, starke Schmerzen im Bereiche der Geschwulst (Gebärmutterkrebs).

Es wurde eingespritzt intravenös bis 35 ccm Elektroselenium Clin auf einmal, ohne besondere Nachteile. Beim Unterlassen der Einspritzungen während 2 Wochen oder mehr traten bei der erstfolgenden Einspritzung Symptome von Anaphylaxie auf. Nachlassen der Schmerzen, Hebung des Allgemeinzustandes deutlich. Von einer »Heilung« wird nicht gesprochen. (Selbstbericht.)

41) **Doussy (Kortryk). Yohimbin.** (Geneesk. Tydschr. v. Belgie 1913. Nr. 6.)

Sehr günstige Wirkung auf Amenorrhöe, unregelmäßige Menses und Schmerzen bei den Menses, insofern Schwangerschaft oder entzündliche Veränderungen nicht gegenwärtig sind; auch günstige Wirkung bei Incontinentia. Dosis 2—3mal täglich 3—5 mg Yohimbin hydrochloricum Spiegel. Franz Daels (Gent).

42) **N. Dobrowolskaja (St. Petersburg). Über den Wert des Scharlachrot und Amidoazotuol.** (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXXXIII. Hft. 1.)

An elf Fällen wurden die Mittel angewandt, unter gleichzeitiger Verwendung anderer Salben mit dem Ergebnis, daß sie keine besseren Resultate geben als die trockenen Verbände oder eine indifferente Salbe. Calmann (Hamburg).

Originalmitteilungen und Referate für das Zentralblatt wolle man an *Prof. Dr. W. Stoeckel* in Kiel, Monographien, Sonderdrucke und Bücher-sendungen an *Prof. Dr. W. Stoeckel* oder an die Verlagshandlung von *Johann Ambrosius Barth*, Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. W. Stoeckel in Kiel.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Digitized by Google

Zentralblatt für Gynäkologie

begründet von HEINRICH FRITSCH

herausgegeben von

WALTER STOECKEL in Kiel.

37. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 37. Sonnabend, den 13. September 1913.

Inhalt.

Originalien: I. **F. R. Varaldo**, Experimentelle Untersuchungen über Eierstocksveränderungen infolge wiederholter Adrenalineinspritzungen. — II. **K. Neuwirth**, Über den Forceps intrauterinus, die Anwendung der geburtshilflichen Zange innerhalb der Gebärmutter bei nicht verstrichenem Muttermunde.

Neue Bücher: 1) **Credé-Hörder**, Die Augeneiterung der Neugeborenen.

Berichte: 2) Gynäkologische Gesellschaft zu Breslau.
Torkel, Intrauterin zerbrochenes Sicherheitspessar. — **Liegner**, Cervixkarzinom. — **Bondy**, Uteruskarzinom. — **Weckowski**, Radium- und Mesothoriumbestrahlung. — **Bondy**, Bakterizide Wirkung des Mesothoriums. — **Schiller**, Aktinomykose der Ovarien; Melanosarkom der Klitoris.
3) Jahresversammlung der American medical association.
Simpson, Herzerweiterung. — **Crile**, Hoher Blutdruck. — **Dawson**, Postoperative renale Infektion. — **Smith**, Ektopische Gravidität. — **Carstens**, Wanderniere. — **Reynolds**, Sterilität. — **Saney**, Dysmenorrhoea membranacea. — **Martin**, Uterusprolaps. — **Montgomery**, Vagino-Uterinprolaps. — **Sorners**, Sacrouterinligamente. — **Polak**, Webster-Baldy'sche Operation. — **Truesdale**, Tuberkulöse Salpingitiden. — **Murphy**, Infektionen des Beckengewebes post part. — **Mayo**, Magenkarzinom. — **Hall, Ries, Percy**, Uteruskarzinom. — **Horsley**, Transplantation von Darm. — **De Lee**, Uterusausräumung. — **Goffe**, Beschaffenheit des Menstrualblutes. — **Deaver**, Uterusblutungen. — **Coffey**, Peritoneale Adhäsionen. — **Adair**, Bakteriologie des Nabelschnurrestes. — **Schwarz**, Abderhalden's Reaktion. — **Bacon**, Tuberkulöse Gravide. — **Spalding**, Bestimmung der Schwangerschaftswoche. — **Babcock, Gellhorn**, Anästhesie. — **Spitzer und Childs, Lewis**, Röntgenaufnahmen von Harnorganen. — **Braasch**, Essentielle Hämaturie. — **Fowler**, Steinbildung im Nierenbecken. — **Furness, Geraghty**, Funktionelle Nierenprüfung. — **Caulk**, Uretero-Vesikalcysten. — **Eisendrath**, Künstlicher Ureter. — **Beck**, Ureterimplantation. — **Young**, Blasentumor. — **Smith**, Cystitis. — **Smith**, Embryologie und Histologie der Prostata. — **McLean**, Ileus. — **Trout**, Rektale Instillationen. — **Ramshoff**, Karzinomdiagnose. — **Eastmann**, Darmobstruktion. — **Jackson**, Membranöse Perikolitis. — **Hegan**, Transfusion. — **Sloan, Poak, Mitchell**, Narkose und Anästhesie. — **Cooley**, Hämorrhagische Diathese. — **Smith**, Vulvo-Vaginitiden. — **Gengenbach**, Menstruatio praecox. — **Lowenburg**, Stillen.

Zeitschriften: 4) Gynäkologische Rundschau 1913. Hft. 2—10.
Mayer, Gefahren des Momburg'schen Schlauches. — **v. Neugebauer**, Krimineller Abort. — **Schmid**, Freie Fascientransplantation. — **Stratz**, Mißbildung der inneren Genitalien. — **Decio, Abderhalden**, Schwangerschaftsdiagnose. — **Theilhaber**, Klimakterium und Karzinom. **Kalledey**, Uterusblutungen. — **v. Neugebauer**, Krimineller Abort. — **Mayer**, Infantilismus. — **Hüssy**, Passage von Streptokokken durch Blutserum fiebernder Wöchnerinnen. — **Kalmanowitsch**, Extremitätenmißbildung. — **v. Radwanska**, Angeborener Uterusprolaps.

Allgemeine Geburtshilfe: 5) **Nicloux**, 6) **Balthazard** und **Nicloux**, Kohlenoxydvergiftung bei Schwangeren. — 7) **Politi-Aloisio**, Übergang der Aminosäuren von der Mutter auf den Fötus. — 8) **Klinkert**, Cholesterinstoffwechsel. — 9) **Guicciardi**, Temperatur in der Schwangerschaft. — 10) **Perazzi**, Varizen bei Schwangeren. — 11) **Reber**, Nachgeburtsperiode.

Fötus und Neugeborenes: 12) **Schumann**, 13) **Kreiß**, Mißbildungen. — 14) **Thomas**, Phokomelie. — 15) **Hanson**, Anomalie des Fötus. — 16) Nußbaum, Reposition von Hernien. — 17) **Schloß**, 18) **Soresi**, 19) **Dennet**, Hämorrhagische Diathese.

Tuberkulose: 20) **Richardson**, 21) **Eisendraht**, 22) **Perrier**, Nierentuberkulose. — 23) **Drennan**, Kalziumentziehung. — 24) **Ulenzer**, Genitaltuberkulose. — 25) **Gaitami jr.**, Tubentuberkulose. — 26) **Scherber**, Pseudotuberkulöse Geschwüre.

Radiologie: 27) **Hager**, 28) **Rominger**, Röntgenschädigungen. — 29) **Stern**, 30) Chéron, Behandlung von Uterusmyomen. — 31) **Knox**, Radium bei bösartigen Erkrankungen. — 32) **Partos**, Radiotherapie in der Gynäkologie.

Digitized by Google

I.

Experimentelle Untersuchungen über Eierstocksveränderungen infolge wiederholter Adrenalineinspritzungen.

Von

Privatdozent Dr. F. R. Varaldo,

Vorstand der gynäkol. Abteilung des städt. Krankenhauses S. Paolo in Savona.

Auf Grund zahlreicher experimenteller Untersuchungen kann behauptet werden, daß zwischen Eierstock und Nebennieren ein funktioneller Zusammenhang besteht, welcher auch in der geburtshilflichen Physiopathologie durch die Tatsache, daß die Kastrationstherapie nach Fehling und die Adrenalintherapie nach Bossi in gleich wohltätiger Weise auf den Verlauf der Osteomalakie einwirken, seine Bestätigung findet.

Wenn indes durch die vielen, auf das sorgfältigste ausgeführten Untersuchungen das Bestehen eines Zusammenhanges zwischen den Funktionen der Nebennieren und des Genitalapparates außer Zweifel gesetzt wurde, so lassen andererseits die verschiedenen und oftmals widersprechenden Resultate der Autoren die mannigfaltigsten Auslegungen zu.

Die Verteidiger der Nebennierentheorie erklären mit ebensoviel Logik den wohltätigen Einfluß der Kastration bei Osteomalakie mit dem Reize, den die Kastration auf die Nebennierenfunktion ausübt (Raineri), wie die Verteidiger der Ovarientheorie die Behandlung mit Adrenalin (Silvestri und Tosatti) vernünftig und sehr angezeigt finden, weil dieses eine gewissermaßen der Eierstocksekretion entgegenarbeitende Funktion entfaltet.

Raineri's Schlußfolgerung gründet sich auf seine Versuche, durch welche nachgewiesen wurde, daß der Kastration, ob diese sich nur auf die Abtragung der Eierstöcke oder auch auf die Entnahme des Uterus beziehe, stets eine Hyperaktivität der Nebennierenfunktion folgt, die sich in ausgesprochener Hypertrophie und Hyperplasie der wesentlichen Elemente des Organs äußert.

Ein solcher Befund wird von Theodossica und von anderen Autoren bestätigt (Fichera, Soli, Marassini usw.), welche in jüngster Zeit die Wirkungen der Kastration auf die verschiedenen Drüsen mit innerer Sekretion beobachteten.

Die Wirkungen der Unterdrückung der Nebennierensekretion auf die Genitalfunktionen standen dagegen vielfach im Gegensatz zueinander.

Marenghi und Cesa Bianchi wiesen nach, daß die Abtragung der beiden Nebennieren beständig Fettentartung der Eierstöcke (interstitielle Drüse) hervorrufen. Silvestri und Tosatti beobachteten nach einseitiger Entnahme der Nebennieren bei zwölf trächtigen Tieren keine bemerkenswerten Eierstocksveränderungen; es traten jedoch Schwangerschaftsstörungen auf, welchen durch subkutane Verabreichung von Adrenalin erfolgreich begegnet wurde. Marenghi und Vasalle verzeichnen regelmäßig verlaufende und ausgetragene Schwangerschaft bei solchen Tieren, welche die Nebennierenabtragung überstanden hatten.

Diese widersprechenden Resultate bezüglich der Wirkungen auf die Genitalfunktionen veranlaßten mich, in umgekehrter Weise zu versuchen, ob es experimentell gelänge, Eierstocksveränderungen mittels fortgesetzter subkutaner Adrenalinzuführung hervorzurufen.

Zu Versuchstieren wählte ich ausgewachsene, weibliche Kaninchen von ungefähr 1500 g Gewicht. Für die Einspritzungen nahm ich stets frisch bereitetes Adrenalin Merk in der Lösung 1 : 1000.

Digitized by Google

Bei der ersten Versuchsgruppe konnte ich feststellen, daß starke Adrenalindosen von einem trächtigen Kaninchen besser vertragen werden, als von einem normalen, während dieses wiederum stärkere Dosen zu ertragen vermag, als ein vorher kastriertes Kaninchen. Es ergab sich ferner, daß eine Adrenalineinspritzung von 10 ccm der Lösung 1 : 1000, in ca. 8 Stunden ein normales Kaninchen von ungefähr 1400 g Gewicht tötet, während die gleiche Dosis sehr gut von einem trächtigen Tiere desselben Gewichtes vertragen wird. Eine mindere Dose (7 ccm) der Adrenalinlösung 1 : 1000 wirkt dagegen bei einem kastrierten Kaninchen tödlich.

Das mit einer tödlichen Adrenalindose eingespritzte Tier weist keine besonderen Erscheinungen auf: es bleibt unbeweglich mit erweiterten Pupillen, reagiert aber auf äußere Anregung in regelmäßiger Weise; nur Puls und Atem sind beschleunigt, und nach einigen Stunden stirbt das Tier plötzlich ohne Konvulsionen. 20 Tage nach der Kastration wird Adrenalin weniger vertragen. Eine subkutane Einspritzung von 6 ccm der Lösung 1 : 1000 reicht hin, den Tod des Tieres innerhalb 10 Stunden herbeizuführen.

Täglich wiederholte Einspritzungen von 1 ccm der Adrenalinlösung 1 : 1000 rufen in normalen und kastrierten Tieren Appetitlosigkeit, Diarrhöe, rasches Abmagern hervor; der Tod tritt gewöhnlich nach 15—20 Tagen unter Konvulsionen ein. Bei den trächtigen Kaninchen ist die Widerstandsfähigkeit gegen wiederholte Dosen erhöht: sie vertragen dieselben sehr gut, der Appetit und die normale Lebhaftigkeit bleiben längere Zeit bestehen. Von einem trächtigen Kaninchen wurde die tägliche Dosis von 2 ccm der Adrenalinlösung 1 : 1000 14 Tage lang sehr gut vertragen; es warf hierauf Junge und verendete erst nach weiteren 10 Einspritzungen von je 2 ccm.

Zum Zwecke des Studiums der histologischen Veränderungen, welche durch die Adrenalinvergiftung in den weiblichen Geschlechtsdrüsen hervorgebracht werden, unterzog ich Gruppen von Kaninchen täglichen Einspritzungen von 1, 2, 3 ccm der Adrenalinlösung 1 : 1000, oder ich machte sie jeden anderen Tag.

Nicht immer wartete ich, bis die Vergiftung den Tod der Tiere herbeigeführt hatte, sondern tötete dieselben zu verschiedenen Zeitpunkten, um die verschiedenen Vergiftungsstadien zu untersuchen.

Bei der Autopsie stellte ich immer fest, ob der Tod oder die Erkrankung des Versuchstieres wirklich nur der toxischen Wirkung zugeschrieben werden konnte; ich schied daher alle Kaninchen aus, welche nach wenigen Einspritzungen verendeten, und solche, deren Leber Coccidien aufwies.

Die gesammelten Eierstöcke wurden teils in Müller'scher oder Flemming-scher Flüssigkeit, teils in Alkohol gehärtet; die Färbung der Schnitte geschah mit Hämatoxylin und Eosin. Die mit Flemming'scher Flüssigkeit gehärteten Stücke wurden mit Safranin behandelt.

Eingehend den Befund jedes Versuches anzuführen, scheint mir überflüssig, da bei den mit Adrenalin vergifteten Kaninchen der Eierstock makroskopisch immer Verkleinerung aufwies, die nach den Ergebnissen der histologischen Untersuchung einem Entartungsprozeß zuzuschreiben ist. Das hier kurz zusammengefaßte Studium des letzteren bezog sich auf ausgereifte und unreife Eier, auf das Keimepithel und das Eierstocksparenchym.

Reifes Ei. — Beim anfänglichen Auftreten der Entartungserscheinungen an einem in der Reife begriffenen Follikel beobachtet man, daß der äußere, fibröse Teil der Theca folliculi am Entartungsprozeß unbeteiligt ist, dagegen eine rege Wucherung der inneren Bindegewebszellen besteht, welche sich gerade unter dem

Digitized by Google

Follikelepithel befinden. Dieses schilfert zuerst ab, und bald sind nur noch wenige trübe, entfärbte Epithelzellen zu beobachten; die gewucherten Bindegewebselemente der inneren Seite der Theca rücken hingegen vor. Die Zellen des Keimhügels gehen ebenfalls rasch einem Zerstörungsprozeß entgegen. Die Gewebstrümmer dieser Elemente können leicht in dem Liquor folliculi, in den gewucherten Zellen oder in Leukocyten des Bindegewebes der Theca nachgewiesen werden.

Nach einiger Zeit findet sich keine Spur der Keimhügelzellen mehr; es macht sich eine deutliche Verringerung des Liquor folliculi mit ausgesprochener Erkrankung der Eizelle bemerkbar, deren Umrisse an Schärfe einbüßen; das Protoplasma erscheint verblaßt, und der noch gut gefärbte Kern weist Zeichen von Karyolyse auf, ermangelt der Nukleolen und ist wie zerstückelt.

Der Entartungsprozeß befindet sich in jüngeren Präparaten noch mehr vorgeschritten: nicht nur der Keimhügel, sondern auch der Liquor folliculi und die Eizelle sind verschwunden. Der Follikel scheint mit den Bindegewebselementen der inneren Schicht der Theca angefüllt; es kommt die bindegewebige Umwandlung des Follikels zustande. In einigen Follikeln, in denen diese Umwandlung nicht vollständig ist, bleibt in der Mitte ein kleiner, in hyaliner Masse eingeschmolzener Zellhaufen.

Unreifes Ei. — Der Entartungsprozeß ist mit dem des reifen Eies identisch, nur geht er langsamer und minder auffallend vor sich. Beim Beginn des Wucherungsprozesses der inneren Bindegewebselemente der Theca fällt auch hier das Follikelepithel zuerst ab; das Eichen zeigt jedoch eine größere Widerstandskraft, und die spärliche Färbung, das Verschwinden der Nukleolen, die unregelmäßigen Umrisse sowie andere, von den physiologischen abweichende Merkmale treten deutlich hervor und beweisen, daß Entwicklung und Leben unterbrochen sind. Nur in den schwersten Fällen verschwindet das Ei vollständig vor dem eindringenden Bindegewebe.

Keimepithel. — Dieses weist keine beachtenswerten Spuren der Entartung auf. Die Färbbarkeit der Kerne und die morphologischen Eigentümlichkeiten der Elemente sind in allen mikroskopischen Präparaten vollständig normal erhalten. In einigen Schnitten sieht man das Keimepithel mehrschichtig; zwischen den kubischen oder zylindrischen Zellen, aus denen es besteht, befindet sich indes kein Ei.

Eierstocksparenchym. — Das parenchymatöse Markgewebe ist ziemlich reichlich vorhanden und zeigt stellenweise Fettentartung, die in Präparaten mit Flemming ohne Färbung gut sichtbar ist. Der Entartungsprozeß verschont jene Elemente des Eierstocks nicht, die in ihrer Gesamtheit unter dem Namen interstitieller Drüsen zusammengefaßt werden. Die Arterien- und Venengefäße erscheinen, besonders am Hilus, erweitert, und im perivaskulären Bindegewebe sind einige Infiltrationselemente bemerkbar. Nicht selten trifft man in der Mitte des Eierstocksparenchyms kleine Blutergüsse und mit Pigment beladene, phagocytäre Elemente.

In vorgerückteren Stadien sind die Spuren der Fettentartung weniger auffallend und Blutergüsse nur selten zu sehen. Reichliches Bindegewebe umgibt die Gefäße, deren Wände hypertrophisch sind. Interstitielles Gewebe ist verhältnismäßig reichlich vorhanden, dagegen nur spärlich Protoplasma. Das Bindegewebsstroma des Parenchyms erscheint verdickt.

Wir finden mithin im Eierstocke der mit wiederholten subkutanen Adrenalineinspritzungen behandelten Tiere, daß anfangs neben deutlichen Veränderungen

Digitized by Google

der reifenden Eier die Bindegewebselemente der Theca zu wuchern beginnen, während im Eierstocksparenchym verschiedengradige Gefäßerweiterung eintritt mit kleinen Blutergüssen und Spuren von Fettentartung in den Elementen des Stromas. In vorgeschritteneren Stadien beobachtet man Ersatz des spezifischen Drüsenelementes durch Bindegewebe bei Veränderung der Gefäßwände und Verengerung des parenchymalen Stromas.

Aus den gesamten Versuchen ergeben sich die folgenden Schlüsse:

1) Zur Zeit der Gravidität nimmt bei den Kaninchen die Widerstandskraft gegen Adrenalinvergiftung zu, während dieselbe durch Kastration verringert wird.

2) Wiederholte Adrenalineinspritzungen verursachen bei Kaninchen makroskopisch auffallende Volumenverringerung des Eierstocks.

3) Langsame Adrenalinvergiftung bewirkt im Eierstocke mikroskopische Veränderungen infolge eines Entartungsprozesses, wobei das spezifische Drüsenelement durch Bindegewebselemente ersetzt wird.

Die von mir erhaltenen experimentellen Resultate neben der Erklärung des Funktionszusammenhanges, der zwischen Eierstock und Nebennieren bestehen kann, zeigen also, daß ein gewisser Antagonismus zwischen der Funktion der Rindensubstanz der Nebennieren und den weiblichen Geschlechtsdrüsen besteht.

Literatur:

Bossi, La terapia adrenalinica nell' osteomalacia.

Fichera, Ipertrofia della pituitaria consecutiva alla castrazione. Policlinico 1905. Fasc. 6 u. 7.

Marenghi, Sulla asportazione delle capsule surrenali. Gazz. med. ital. 1903. Nr. 36.

Cesa Bianchi, Di un' alterazione delle ovaia in seguito all' asportazione delle capsule surrenali. Gazz. med. ital. 1903. Nr. 46.

Marassini, Sulle modificazioni che può determinare la castrazione etc. — Pathologica 1910.

Raineri, Le capsule surrenali in rapporto all' ovariectomia. Folia ginecologica 1908.

Silvestri e Tosatti, Teoria surrenale dell' osteomalacia. Riforma med. 1908.

Soli, Contributo alla funzione del timo ecc. Modena 1909. Soc. tipogr. Modenese.

Theodossica, Ipertrofia delle capsule surrenali in seguito all' ovariectomia. Wratsch 1906. Russ.

Vassalle. Pathologica 1911.

II.

Über den Forceps intrauterinus, die Anwendung der geburtshilflichen Zange innerhalb der Gebärmutter bei nicht verstrichenem Muttermunde.

Von

Dr. Karl Neuwirth,

Spezialist für Frauenheilkunde in Wien.

In einer empirischen Wissenschaft gibt es keine Dogmatik, so auch nicht in der Gynäkologie. Galt es doch noch vor wenigen Jahren als ein Axiom, eine laparotomierte Pat. mindestens 14 Tage im Bette zu halten. Unser Lehrer Chrobak ließ eine myomotomierte Frau vor 17 Tagen durchschnittlich nicht aufstehen. Wie oft klagte er darüber, daß die Wöchnerinnen der Klinik wegen des stetigen großen Zudranges bereits am 9.—10. Tage die Anstalt verlassen mußten. Wie haben sich in den letzten Jahren die Auffassungen geändert! Was früher geradezu als Wahnwitz erschienen war, gilt heute als Regel. An hervorragenden und mustergültigen Kliniken werden die Laparotomierten und die Patienten nach den größten chirurgischen Operationen am 1. oder 2. Tage nach dem Eingriff

Digitized by Google

außer Bett gebracht, die Wöchnerinnen stehen einige Tage nach der Geburt auf! Was hätte Chrobak gesagt, wenn er, der Meister der Vorsicht, derartiges miterlebt hätte!

Ich will mir nun im nachfolgenden erlauben, wieder an einem alten, auch bis heute noch an den meisten geburtshilflichen Anstalten geltenden Axiome zu rühren, an der alten, in fast allen Vorlesungen gelehrten, in so vielen fachlichen Büchern zu lesenden Regel: Der Forceps nur bei verstrichenem oder nahezu verstrichenem Muttermund, nur an den ins Becken eingetretenen Kopf. Besteht aus irgend einem wichtigen Grunde die Notwendigkeit, die Geburt zur Zeit des noch nicht verstrichenen Muttermundes zu beenden, dann schneide man ihn entweder bilateral oder nach allen vier Richtungen ein; an die blutenden Stellen werden im Bedarfsfalle Klemmen gelegt; nach Entwicklung des Kindes folge, wenn nötig, exakte Naht.

Chrobak hat vor dieser Operation, der Hysterostomatomie, stets auf das nachdrücklichste gewarnt und dies ganz besonders nach einem Falle, der sich vor unseren, der klinischen Ärzte, und der Studenten Augen zutrug. Zur Zeit der klinischen Vorlesung wurde von dem dienstführenden, geburtshilflichen Assistenten eine hohe Zange mit Hysterostomatomie, streng genommen schon gegen Chrobak's Willen, gemacht. Trotz aller blutstillenden Maßnahmen bestand bei der Entbundenen fortwährende, an Intensität geringe Blutung. Allerdings nur sehr wenig, aber stetig sickerte Blut durch die ausgiebige Uterus- und Scheidentamponade. Wegen Schlechterwerden des Pulses trifft der Assistent die Anordnungen zur Laparotomie; während der Vorbereitungen hierzu und des schließlichen Abtransportes der Pat. vom Kreiß- in den Operationssaal Exitus um 6 Uhr abends. Chrobak hielt am nächsten Tage die Epikrise des Falles und rief mit warnender Stimme uns und der Studentenschaft zu: »Merken Sie sich den Fall und lassen Sie sich, zumal im Privathause, niemals zu einer Hysterostomatomie verleiten.«

Chrobak's Worte und der Tod dieser Frau sind mir in meiner Erinnerung lebendig geblieben; ich hatte das Prinzip, nie zu hysterostomatomieren, ebenso wie am lebenden Kinde nicht zu kraniotomieren. Es ist mir im Laufe der Jahre gelungen, eine allerdings technisch äußerst schwierige Methode zu entwickeln, welche mir für beide Operationen, abgesehen von besonderen Mißverhältnissen, völligen Ersatz geschafft hat und jedesmal bisher von vollem Erfolge für Mutter und Kind begleitet war. Den ersten Versuch mit dieser Methode machte ich vor jetzt etwa 10 Jahren bei einem Falle, wo wegen tiefgehender Bandl'scher Furche und eng gebliebenem Muttermunde die Indikation zu einer ordentlichen, mehrfachen Inzision des Muttermundes mit nachfolgender, atypischer, hoher Zange oder zur Kraniotomie bei lebendem Kinde mit kräftigen Herztönen vorlag. Dieser und ein nicht allzu lange nachher gelegentlich eines fast analogen Falles sich ergebender Versuch gelang. Seitdem sind mir diese Versuche zur Methode geworden.

Handelt es sich also um einen hochstehenden Kopf und noch nicht entfalteten Muttermund, von der Größe eines Fünfkronen- bis Fünfmarkstückes als unterster Grenze gerechnet, womöglich mit gegen das Lumen zu feinem oder nicht allzu resistentem Saume, dann gehe ich nach selbstredend gründlicher Waschung der äußeren Genitalien und Spülung der Scheide mit Lysoformlösung mit der halben, bei weitem Genitale mit der ganzen rechten Hand in die Vagina und trachte, den linken Zangenlöffel, den Zangengriff möglichst quer vor den hinaufgeschlagenen rechten Schenkel der Frau haltend, sehr vorsichtig in den Muttermund einzuschieben. Mit Geduld, jedes brüske Vorgehen, jede Raschheit

Digitized by Google

entschieden vermeidend, gelingt das mehr oder minder schwer. Der eingeführte Löffel wird sodann langsam, leise vorwärtstastend, möglichst in das Uteruscavum hineingeleitet, so daß schließlich der Busch'sche Haken knapp vor der Vulva steht. Der Griff soll hierbei stark, jedoch nicht exzessiv nach abwärts gerichtet und ein wenig gegen die rechte Mutterseite gedrängt werden. Eine Fixation durch eine zweite Person ist unnötig und platzbehindernd. Nunmehr kommt die allerdings äußerst schwierige Einführung des rechten Zangenblattes. Es wird zunächst in die Medianebene der Frau mit dem Griffe gerade nach aufwärts gestellt, hernach wird dieser ein wenig schräg nach der rechten Mutterseite gedreht. In dieser Stellung wird der rechte Löffel der eingeführten linken halben Hand möglichst angepreßt und entlang derselben unter entsprechender Senkung des Griffes bis an den Muttermundssaum vorgeführt. Nunmehr handelt es sich um das Manöver, in das enge, zum Teil durch den anderen Löffel ausgefüllte Lumen einzudringen. Unter äußerst langsamer und vorsichtig tastender Vorwärtsbewegung und steter genauester Kontrolle durch die eingeführte Hand, mit gleichzeitig immer stärkerer Senkung des Griffes und leichtem Andrängen an die rechte Mutterseite gelingt schließlich auch dies. Der Löffel gleitet über die größte Zirkumferenz des Kopfes vollends in das Cavum uteri hinein.

War schon das Anlegen des linken Zangenblattes schwer, so ist es noch wesentlich schwieriger, das rechte einzubringen; ich betone nochmals, daß dieser Akt der Operation mit größter Vorsicht und Ruhe, ohne jede Gewalt, ich möchte sagen jongleurartig geschehen muß, da sonst schwere Läsionen, ein Ab- oder Ausreißen der Cervix und gefährliche Quetschungen des Kindeskopfes leicht entstehen könnten. Daß die Fruchtblase entweder gesprungen oder künstlich geöffnet sein muß, sobald der Forceps angelegt wurde, ist hierbei selbstredend. Jedes Zangenblatt wird bei seiner Einführung am besten lanzenartig mit voller Faust von der betreffenden Hand umfaßt. Mit der nunmehr geschilderten Art der Zangenanlegung kommen wir tief in den Uterus hinein. Die Löffelfenster stehen jetzt in ihrer ganzen Ausdehnung, in der Längendistanz von etwa 15 cm, im Uteruscavum.

Wir gehen nun daran, die Schloßteile einander zu nähern und zur teilweisen Berührung zu bringen; daß von einem Schließen in vollkommenem Sinne nicht die Rede sein kann, ist wohl überflüssig, zu erwähnen. Es erfordert mancher, äußerst vorsichtig auszuführender, ganz leichter, hauptsächlich mehr horizontaler Drehbewegungen, bis schließlich die Schloßteile aneinander liegen. Macht es den Eindruck, daß es absolut nicht geht, dann möge keineswegs geeilt oder forciert, sondern lieber ein wenig ganz ausgesetzt und neuerdings frisch mit ruhigem Bedacht begonnen werden. Jedenfalls werden die Zangengriffe stark klaffen und in einem mehr oder minder großen spitzen Winkel auseinander stehen. Wir hätten somit ein labiles System vor uns, welches wir in ein fixes verwandeln, indem wir eine mächtige Lage steriler Watte zwischen die Zangenhälse und eine geringere zwischen die Griffe bringen. Das für nicht schließende Zangen sonst vorgeschlagene, zusammengefaltete Tuch wäre hier nicht am Platze, da es meist nicht entsprechend sterilisiert und übrigens für den subtilen Zweck unhandlich ist.

Sodann folgt der zweite und wichtigste Akt der Operation, die Hystereuryse, die Dehnung der Cervix und Entfaltung des Muttermundes durch die eingelegte Zange, welche ich jetzt nach Art des intrauterin eingelegten Kolpeurynters verwende. Die Zange ist mir in diesem entscheidenden und Hauptteile der Operation fast nur Dehnungs- und nur ganz wenig nebenher auch Zug- und Druckinstrument. Ich mache eine leichte, der Wehe nachgeahmte, gering anschwellende, dann

Digitized by Google

wieder abschwellende Traktion mäßig nach abwärts. Hierbei bilde ich mir das Urteil über die Elastizitätsgröße und Elastizitätsgrenze des unteren Gebärmutterabschnittes. Man muß es im jeweiligen Falle im Gefühle haben, die Elastizitätsgröße einzuschätzen und die Elastizitätsgrenze nicht zu überschreiten. Man wird also in den nachfolgenden Zügen vorsichtig bis zum Maximum der Dehnbarkeit oder vielleicht sicherer nicht ganz so weit gehen und, sobald man nur irgend den Eindruck hätte, daß die Elastizität dem Zuge nicht mehr standhalten könnte, sofort mit demselben nachlassen. Mich haben diese Züge stets an einen schwierigen Dammschutz bei sehr gespanntem und fortwährend sprunggefährdetem Damme einer Erstgebärenden erinnert. Um ganz sicher zu gehen, wird man nach jedem oder jedem zweiten Zuge, den man, sobald man die Einschätzung getroffen hat, etwas stärker vornehmen kann, nachfühlen, ob alles intakt sei. In meinen Fällen ist es mir bisher nach etwa 6—10 Zügen gelungen, die Hystereuryse vollständig zu machen und den Muttermund so weit zur Entfaltung zu bringen, daß nunmehr der hohe Forceps als solcher in bekannter Weise zur Anwendung kommen und zu Ende geführt werden konnte. Bei Näherung der Löffel konnte entsprechend Watte entfernt werden. Der Schluß der Zange muß naturgemäß stets möglichst fix erhalten werden. Der hohe Forceps wird dann durch möglichstes Senken der Griffe nach abwärts bis zum Durchleiten auf den Beckenboden, dann durch allmähliches Heben derselben usw. in der althergebrachten Weise erledigt.

Sehr wichtig und ausschlaggebend ist in unseren Fällen die Wahl der Zange. Eine kurzgebaute, wie etwa die Simpson'sche Wiener Schulzange oder die Karl v. Braun'sche ist selbstredend wegen ihrer Kürze von vornherein nicht zu gebrauchen. Zur Einführung des Forceps in den Uterus gehört nicht nur ein langes, sondern auch ein möglichst leichtes Instrument von nicht großer Löffelbreite und schmälerer Kopfkrümmung. Sehr wichtig ist ein handliches Schloß, das keine besonderen Griffe erfordert. In diesem Sinne ist am besten das englische, wie es an der Smellie'schen Zange sich vorfindet, verwendbar. Der Zangentypus wäre am entsprechendsten in der in Frankreich üblichen Levret'schen Zange gegeben, die deutschen Modelle nach Nägele und Busch dürften ihrer Länge nach genügen; besser als Brünninghausen's Schloß erscheint mir für den gedachten Zweck ein Einschnitt am oberen Ende des linken Griffes, welcher den obersten Teil des rechten Griffes in sich aufnimmt. Letzterer trägt überdies noch eine kleine, den linken Griff nach links hin etwa $^1/_3$ cm überragende Kerbe.

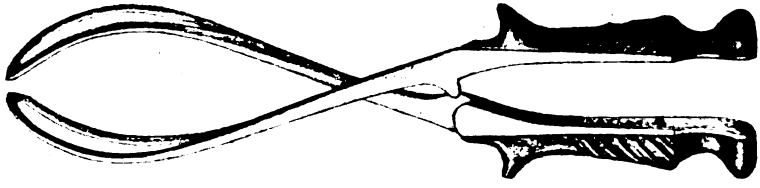


Bild der von mir verwendeten Zange; zur Demonstration des Schlosses, die Blätter auseinander genommen. $^1/_4$ nat. Größe.

Die von mir bei der beschriebenen Operation angewendete Zange ist ein altes Wiener Modell, welches keinem der besonderen Typen entspricht. Ihr Schloß ist von der eben geschilderten Form, ähnlich dem Smellie'schen; ihre Länge beträgt 40 cm, die der Griffe $15^1/_2$ cm, die größte Löffelbreite 5 cm; bei geschlossener Zange nähern sich die Spitzen derselben auf 2 cm. Die Kopfkrümmung, i. e. die Krümmung der Löffel nach der Fläche bei geschlossener Zange, beträgt 8 cm,

Digitized by Google

die Länge der Löffelfenster je 13 cm, die Beckenkrümmung, also die Entfernung des höchsten Punktes der Zange von der horizontalen Unterlagsebene $8^1/_2$ cm. Die Griffe haben muldenförmige Eindrücke zum besseren Anlegen der Finger. Ich habe diese Zange von meinem Vater ererbt, welcher sie in seiner langjährigen geburtshilflichen Praxis anwendete; sie entstammt der Zeit Klein's, des Vorgängers Karl's v. Braun.

Ich habe bisher in drei Fällen drohender, durch tiefe Bandl'sche Furche angezeigter Uterusruptur, bei noch lange nicht entfaltetem Muttermunde und hoch oben stehendem Kopfe die beschriebene Operation vorgenommen; alle drei Frauen, ebenso alle drei Kinder haben den schweren Eingriff ohne jedwede Schädigung überstanden. Zwei der Kinder, eines ungefähr 10, eines etwa 9 Jahre alt, befinden sich völlig wohl. Eines starb etwa 4 Wochen post partum an Enteritis. Es handelte sich jedoch in diesem Falle um eine kinderreiche, in sehr ungünstigen äußeren Verhältnissen lebende Familie, bei welcher die Darmerkrankung eines Kindes durch unhygienische Ernährung nicht wundernehmen konnte. Am Kopfe der Kinder waren niemals Verletzungen zu sehen. Die Frauen waren Mehr-, bzw. Vielgebärende; eine war Anfang der dreißiger Jahre, eine Anfang vierzig, eine Mitte der vierziger Jahre. Es handelte sich um durchaus leistungsschwache, durch frühere Geburten stark hergenommene Uteri, in allen drei Fällen um kurz nach Beginn der Wehen erfolgten, vorzeitigen Blasensprung. Zwei der Frauen waren körperlich übrigens sehr herabgekommen. Die Frau, deren Kind an Enteritis starb, war bis auf das Fehlen jeder Spur von Panniculus abgemagert. Das Kind dieser Frau war schwächer entwickelt, die anderen beiden Kinder hingegen kräftig. Die Geburten erfolgten sämtlich am Ende der Schwangerschaft. Genaue Gewichts- und Längenmaße der Neugeborenen konnte ich nicht aufnehmen; ebenso war mit Rücksicht auf die Dringlichkeit der Fälle keine Gelegenheit zu Beckenmessungen.

Zusammenfassend will ich somit nochmals resümieren: Die Technik der geburtshilflichen Zange innerhalb der Gebärmutter — bei nicht verstrichenem Muttermunde — des Forceps intrauterinus besteht:

1) In der Einbringung der Löffel in die Uterushöhle. Sie befinden sich, voll eingeführt, etwa 15 cm weit in der Kavität desselben. Besonders schwierig ist hierbei wegen der durch den linken Löffel geschaffenen Raumbehinderung und der Gefahr schwerer Verletzungen die Einführung des rechten Zangenarmes.

2) In der Hystereuryse, in der Dehnung des untersten Gebärmutteranteiles und der Entfaltung des Muttermundes durch die Zange im Sinne der intrauterinen Kolpeuryse. Das Vorgehen muß sich genau der Elastizität der Gebilde anpassen, vergleichsweise wie der Dammschutz dem Perineum bei drohendem Sprunge desselben; äußerste Vorsicht ist hierbei dringend nötig.

3) In der nach der erreichten Entfaltung des Muttermundes in bekannter Weise auszuführenden Operation der hohen Zange.

Ich habe den Eingriff bisher nur im Privathause, unter schwierigen, äußeren Verhältnissen, ohne jede klinische Bequemlichkeit einfach auf dem Querbett und ohne Narkose ausgeführt.

Jedem Arzte aber, der nicht Gelegenheit hatte, sich in Geburtshilfe intensiv auszubilden und keine geburtshilflich geübte, ich möchte sagen, fein abgetönte Hand besitzt, würde ich auf das entschiedenste widerraten, die oben geschilderte Zangenoperation zu unternehmen. Schwerste Verletzungen, ja auch der unmittelbare oder mittelbare Tod von Mutter und Kind könnten bei nicht entsprechend geübtem Vorgehen die Folge sein.

Digitized by Google

Meine Skepsis gegenüber der Hysterostomatomie bezieht sich im Sinne Chrobak's vor allem auf das Privathaus. An der Klinik, wo man alles zur Hand hat, gute Assistenz, völliges Instrumentarium, vorzügliche Beleuchtung usw., wird ja von vielen Seiten die Hysterostomatomie empfohlen. An Schauta's Klinik sah ich sie wiederholt; Schauta pflegte die Inzisionen, wenn sie nicht bluteten, gar nicht zu vernähen. Bumm erwähnt ebenfalls in seinem »Grundriß zum Studium der Geburtshilfe« der Einschnitte in den Muttermund zum Durchtritt des Kopfes. Er fügt jedoch bei, daß man bei solchen Schnitten leicht ein Weiterreißen und schwere Blutungen riskiert.

Durch meine Operation ist, wenn sie gut ausgeführt wird, sowohl der gefährlichen Hysterostomatomie als auch der Kraniotomie vorgebeugt, zumindest in jenen Fällen, wo nicht schweres räumliches Mißverhältnis vorliegt, wobei das Kind überhaupt nicht passieren könnte. Von Fünfkronen- bis Fünfmarkstückgröße des Muttermundes angefangen, läßt sich bereits der Eingriff ausführen. Auch der bewegliche Kopf wäre — bei entsprechend vorsichtiger Technik — keine Kontraindikation, dies um so mehr, als das an vielen Kliniken herrschende Prinzip, daß an den beweglichen Kopf keine Zange angelegt werden dürfe, nicht von allen Fachmännern anerkannt wird. Bei noch engerem Muttermunde die Geburt beenden zu müssen, wird wohl selten indiziert sein, es sei denn durch Mißbildungen, Conglutinatio orificii, artifizielle oder pathologische Verwachsungen. Eine solche Gebärende wird aber wohl noch rechtzeitig in eine Anstalt gebracht werden können, was man bei bereits drohender Ruptur nur mehr mit größtem Risiko oder überhaupt nicht mehr tun kann. Bei der Eklampsie schließlich, sofern man daran festhält, die Geburt so rasch als möglich zu beenden, wird bei engem Muttermunde die Transferierung in eine Anstalt und Sectio caesarea vaginalis von vielen Seiten empfohlen; ist der Transport nicht möglich, so könnte durch Zug am intrauterinen Kolpeurynter der Muttermund bis auf Fünfkronen-Fünfmarkstückgröße erweitert und nachher der oben beschriebene Forceps appliziert werden, wenn man sich zur völligen Entfaltung durch Kolpeuryse nicht mehr Zeit nehmen will oder kann.

Die von mir geschilderte Operation ist, wie ich zum Schluße nochmals hervorheben möchte, am meisten für den erfahrenen geburtshilflichen Praktiker im Privathause bestimmt; sie hat im übrigen auch den wesentlichen Vorteil, den blutigen Weg zu ersparen und somit in puncto Infektionsgefahr für die Gebärende vorteilhafter zu sein als ein Verfahren mit blutiger Durchtrennung der Weichteile samt seinen eventuellen komplizierten Folgen.

Neue Bücher.

1) Credé-Hörder (Berlin). Die Augeneiterung der Neugeborenen. 170 S., 33 Abb. im Text. 5,— Mk. Berlin, S. Karger, 1913.

Dem Andenken C. F. Credé's ist diese Broschüre gewidmet. Seit dieser die prophylaktische Argent. nitric.-Einträufelung gelehrt hat, ist die Ophthalmoblenorrhoea neonatorum erheblich geringer geworden, geschwunden ist sie aber nicht. Von den 3309 Insassen der großen deutschen Blindenanstalten sind 410 = 12,39% durch Blenorrhöe erblindet. In den Kliniken ist die Morbidität fast gleich Null, nicht aber in der allgemeinen Praxis. Da durch die Credéisierung nun niemals Schaden gestiftet wird — das geht aus einer Umfrage, die Verf. an alle geburtshilflichen und ophthalmiatrischen Kliniken richtete, mit Sicherheit hervor —, so fordert C.-H., um die Ophthalmoblenorrhöe verschwinden zu machen: Belehrung

Digitized by Google

des Publikums und der Hebammen. Er hat das Schema eines sehr einfachen Merkblattes entworfen, das möglichst jedesmal bei einer Geburtsanmeldung auf dem Standesamt mitgegeben werden soll. Dabei muß möglichst auch dem Publikum beigebracht werden, daß als Erreger nicht nur Gonorrhöe in Frage kommt, damit die Scheu vor der Einträufelung schwindet. Die besten Prophylaktika sind Arg. nitric. 1—1½%; Argent. acetic. 1,3% und Sophol. Erstrebenswert ist die obligatorische Prophylaxe für jedes Neugeborene mit einem dieser drei Mittel. Einführung der gesetzlichen Meldepflicht der Blenorrhöe für Ärzte, Hebammen und Eltern; für Bedürftige unentgeltliche Behandlung und Pflege durch besonders ausgebildete Pflegerinnen.

Der Verf. stützt seine Forderungen durch reichliche Beläge. Zahlreiche mikroskopische Untersuchungen an Tier- und Menschenaugen zeigen die Wirkungsweise der Credéinisierung und zugleich deren Unschädlichkeit. Empfohlen wird für die Praxis die Anwendung der Hellendall'schen Ampullen und mehrerer (3) Tropfen der Lösung. Man merkt dem Buch auf jeder Seite an, daß es dem Verf. ernst ist mit der Bekämpfung dieser schrecklichen Krankheit, und daß es getragen ist von mitleidsvoller Liebe für die unglücklichen Erblindeten. Möge dem Büchlein weite Verbreitung und guter Erfolg beschieden sein.

Knoop (Duisburg).

Berichte aus gynäkologischen Gesellschaften.

2) Gynäkologische Gesellschaft zu Breslau.

Sitzung vom 24. Juni 1913.

Vorsitzender: Asch; Schriftführer: L. Fraenkel.

1) Torkel: Demonstration eines intrauterin zerbrochenen sogenannten Sicherheitspessars aus Beinmasse, das zur Konzeptionsverhütung eingelegt war. Pat. hatte sich den Apparat von einem »Spezialgeschäft« für derartige Artikel besorgt, ihn nach der Gebrauchsanweisung selbst eingeführt und einige Zeit anstandslos getragen. Beim Versuch, das Pessar der Vorschrift gemäß vor Eintritt der Periode zu entfernen, brach es ab. Starke Blutung. Da unblutige Entfernung des Bruchstückes nicht gelang, Hysterotomia anterior. Der sehr dünne Halsteil des Stiftes, dem ein Knopf von 1 cm Durchmesser aufsaß, hatte sich in die Uterusmuskulatur eingespießt. Heilung.

2) Liegner: Zur Histologie des Cervixkarzinoms.

(Erscheint ausführlich an anderer Stelle.)

Es werden die Untersuchungsergebnisse von 30 Fällen der Küstner'schen Klinik besprochen. Besondere Beachtung wird den Zelldifferenzen der Karzinomzelle geschenkt, Präparate darüber werden gezeigt. Aus ihnen ergibt sich mit Wahrscheinlichkeit, daß die Zellernährung durch die Zellwand hindurch stattfindet. L. spricht über die Zellinfiltration im Tumor, seine Beziehungen zu dem Zwischengewebe, wie auch über die Aufgabe des Infiltrationswalles an der Tumorgrenze, den Krebs gegen das gesunde Gewebe abzuschließen. Die Parametrien sind häufiger als getastet wird, krebsig affiziert, aber auch das Gegenteil kann aus verschiedenen Gründen vorkommen. Das Vorkommen der Lymphocytenansammlungen in Parametrien in geordneter Form wird als Lymphknoten angesehen, wie Präparate metastatischer Erkrankung dieser Knoten demonstrieren. Die Untersuchungsergebnisse der Lymphdrüsen und der Lipoide werden besprochen und es wird die Möglichkeit zugegeben, das histologische Bild der Probeexzision zur Bewertung des Falles heranzuziehen.

Digitized by Google

3) Bondy: Demonstration: Karzinom des ganzen Uterus.

Präparat durch Radikaloperation gewonnen, zeigt ein diffuses, die ganze Wand des Uterus durchsetzendes Karzinom, das unmittelbar hinter der Portio beginnt und bis an den Fundus reicht. Mikroskopisch nacheinander normales Plattenepithel mit vereinzelten Stellen von atypischem Tiefenwachstum, wenig normale Cervixdrüsen, die bald in solide Cervixkarzinomnester übergehen und bis etwa in die Gegend des inneren Muttermundes die ganze Uteruswand durchsetzen, dann typisches Adenokarzinom des Korpus und hoch oben im Fundus vereinzelte normale Korpusdrüsen. Ursprungsstelle vielleicht, wie in manchen Fällen von Schottlaender-Kermauner die Gegend des Os internum.

4) Weckowski (a. G.): a. Kurzgefaßter Überblick über die Entwicklung der Radium- bzw. Mesothoriumbestrahlungstherapie.

b. Bericht über die Ergebnisse, welche Bumm, Krönig und Döderlein bei Karzinomen des Uterus und dessen Adnexe mittels Mesothoriumbestrahlung erzielt haben.

c. Praktischer Vorschlag: Durch solidarisches Zusammenarbeiten den Vortr. in Stand zu setzen, ein Radium-Mesothoriumpräparat von ca. 200 mg zu erwerben, das im Bedarfsfalle dem jeweiligen Reflektanten leihweise überlassen wird.

5) Bondy: Versuche über die bakterizide Wirkung des Mesothoriums.

(Ausführlich in Nr. 31 des Zentralblattes für Gynäkologie.)

Diskussion: Heimann macht auf die Schwierigkeiten aufmerksam, die sich heute noch bezüglich der Technik der Verwendung des Mesothoriums in der Praxis entgegenstellen.

Selbst eine Messung der Strahlen auszuführen, ist zu kompliziert, man muß sich daher, was die Intensität der Strahlenwirkung betrifft, auf die Mitteilungen der Fabriken verlassen.

H. selbst hat das Mesothorium in einem 0,2 mm dicken Silberröhrchen eingeschlossen. Bleifilter in einer Dicke von 2, 3 und 4 mm werden verwendet. Das Röhrchen wird in den Krater, bzw. an das Karzinom selbst gelegt und durch Tupfer festgehalten. Nach 24 Stunden Tamponwechsel. Unterstützung der Mesothoriumbehandlung durch intensivste Röntgenbestrahlung.

Röthler berichtet über Heilerfolge, die er mit dem Zeller'schen Mittel, dem Kalium- und Natriumsalz des Siliciums, bei zwei Pat. beobachten konnte. Beide hatten die Wertheim'sche Operation durchgemacht und kamen nach 5—6 Jahren mit schwersten Rezidiven in Behandlung. Auffallend war beide Male das allmähliche Aufhören der anfänglich unstillbaren Blutungen, nach zirka 6 Wochen das vollständige Sistieren derselben, das Zurückgehen und teilweise Schwinden der über faustgroßen Lymphdrüsenmetastasen, die Linderung der Schmerzen. Eine Pat. erholte sich nach von verschiedenen Ärzten vorgenommener Paquelinisierung der karzinomatösen Wucherungen im Scheidentrichter derart, daß sie gegenwärtig, nach ca. 10 Wochen, 6—7 Stunden täglich außer Bett ist und leichte Hausarbeit verrichtet. Bei einem Pat. mit inoperablem Darmkarzinom wurde im Laufe eines Jahres eine Gewichtszunahme von 14 Pfund konstatiert.

R. befürwortet die Zeller'sche Medikation besonders zur Verhinderung von Rezidiven bei Frauen, die wegen Carcinoma uteri operiert wurden.

6) Schiller bespricht einen der sehr seltenen Fälle von Aktinomykose der Ovarien, wie er ähnlich im Jahre 1903 hier in der Gesellschaft von Geldner gezeigt worden ist.

Digitized by Google

Was die Genese der Aktinomykose anlangt, so ist es uns bis jetzt trotz eingehendster Nachforschung nicht gelungen, Klarheit in diesen Fall zu bekommen. Bekanntlich ist das bei Aktinomykose der Punkt, der in den seltensten Fällen aufgeklärt wird, namentlich, wenn die Erkrankung an einem so versteckten Organe sitzt wie hier und sonst nirgends irgendetwas nachzuweisen ist. Wir haben, da die Pat. den Mund voller Zahnwurzeln hatte, eine Röntgenphotographie der Kiefer anfertigen lassen und diese zeigt in der Tat, daß um einzelne der Wurzeln größere Granulationsherde sitzen. Aus einer der Wurzelkanäle entleert sich auch Eiter. Die Wurzeln sind hier in dem zahnärztlichen Institute der Frau alle entfernt worden und werden zurzeit untersucht.

Aus der Krankengeschichte der Frau geht hervor, daß sie zur Zeit — ich will nicht sagen — des Beginns der Erkrankung, sondern der in die Erscheinung tretenden Erkrankung auch eine vorübergehende Rippenfellreizung gehabt hat. Es läßt sich aber heute an der Lunge nichts mehr nachweisen. Auswurf war nicht zu erlangen. Auch der Darmtraktus war, soweit er sich bei der Operation übersehen ließ, völlig frei. Die rundlichen, derben Geschwülste, welche die beiden veränderten Ovarien darstellen, saßen im kleinen Becken fest verlötet, so daß man beim Lösen den Eindruck hatte, daß hier früher einmal eine Kommunikation mit der Vagina bestanden hat. Später hat uns der behandelnde Arzt auch darüber berichtet, daß er die Frau einmal nach einer vorausgehenden heftigen Bauchfellentzündung unter starken Fieberbewegungen per vaginam inzidiert hat, und daß dabei eine große Menge Eiter entleert werden ist. Die Erkrankung besteht ziemlich sicher schon ca. 4—5 Jahre. Man sieht auch an dem Präparate, daß man es hier mit einer Form zu tun hat, wie sie ja bei der Aktinomykose vorkommt, die die Tendenz hat, sich abzukapseln. Man muß bei der Betrachtung derartiger Fälle, um auf die Genese zu kommen, auch die Lebensgewohnheiten der betreffenden Kranken berücksichtigen, und da ergibt sich, daß die Pat., nachdem sie zwischen dem 15. und dem 20. Lebensjahre fast alle ihre Zähne allmählich verloren hat, vor ca. 10 Jahren viel auf dem Felde gearbeitet hat und seit 24 Jahren in Mehlgeschäften tätig ist, mit der Angewohnheit, bei jeder Gelegenheit Ähren und Halme in den Mund zu nehmen und längere Zeit zu kauen. Namentlich liebt es die Pat., reife Ähren auszuhülsen und zu verspeisen. Nun habe ich im Jahre 1892 eine Serie von Fällen, aus dem Boström'schen Institute zusammengestellt und dabei selbst zwei Fälle bearbeitet, in welchen in den auf operativem Wege entfernten Granulationsgeschwülsten, wie sie der Aktinomykose eigentümlich sind, Getreidegrannen und daran die Strahlenpilze nachgewiesen werden konnten. Wir haben uns auch bemüht, in diesem Falle etwas nachzuweisen, es ist uns aber nicht gelungen. Ich halte nicht für ausgeschlossen, daß gelegentlich in späteren Jahren an irgendeiner Körperstelle eine Aktinomykoseerkrankung bei dieser Pat. noch einmal zum Vorschein kommen kann.

Stumpf berichtet über den pathologisch-anatomischen Befund der von Schiller demonstrierten Aktinomykose des Ovariums und macht besonders auf die dunkelgrüne Färbung der ungewöhnlich großen Körnchen aufmerksam, die sich in ziemlich spärlicher Anzahl im Eiter fanden.

7) Schiller zeigt einen mikroskopischen Schnitt von Melanosarkom der Klitoris, deren Trägerin nunmehr fast 3 Jahre rezidivfrei ist. Er tut dies mit Rücksicht auf die Seltenheit derartiger Fälle und weiter mit Erwähnung einer Arbeit von Vogt aus der Kehrer'schen Klinik (Archiv für Gynäkologie Bd. IC, Hft. 2. p. 366), in welcher neun derartige Fälle (acht fremde und ein eigener) ver-

Digitized by Google

öffentlicht sind, die eine sehr hohe Mortalität aufweisen. Es sind nämlich fast alle bisher veröffentlichten Fälle mit Ausnahme des Küstner'schen, sehr rasch nach der Operation zugrunde gegangen. In dem S.'schen Falle handelt es sich um eine 59jährige Pat., bei der ein Jahr vorher anderwärts eine Abtragung der betreffenden Wucherung stattgefunden hat, offenbar aber ohne Feststellung der Diagnose. S. sah die Pat. mit einem etwa fingerkuppenroßen Tumor der Klitoris und des Präputium, der ulzeriert und etwas belegt war, so daß von vornherein der melanotische Charakter nicht deutlich war. Die Leistendrüsen waren wenig vergrößert. Nach Abtragung des Tumors, die sich relativ einfach gestaltete, sah man auf dem Querschnitt schon das Pigment. Mikroskopische Untersuchung bestätigte den Verdacht. Weder in den mitentfernten oberflächlichen noch tiefen Leistendrüsen fand sich außer einer entzündlichen Reizung etwas von Melanosarkom. Ich möchte noch hinzufügen, daß die Umgebung der Urethra eine eigentümliche, schwarzbläuliche, rote Verfärbung zeigt, welche schon wiederholt untersucht worden ist, aber niemals einen Anhaltspunkt für Sarkom ergeben hat.

---

3) Jahresversammlung der American medical association. Minneapolis 10.—20. Juni 1913. Sektion für Geburtshilfe und Gynäkologie und Abdominalchirurgie.

(New York med. journ. Bd. XCVII. Nr. 26. p. 1366ff.)

F. F. Simpson (Pittsburgh): Rechtseitige Gefäßüberdehnung und Herzerweiterung als postoperative Komplikationen treten besonders bei Pat., deren Herz durch Hyperthyreoidismus, Toxine und Anämie geschwächt ist, auf. Im Tierexperiment zeigten thyreoidektomierte Hunde stets diese Störungen im Gegensatz zu normalen Hunden, die sich von der Narkose rasch erholten. Auf Grund von Röntgendurchleuchtungen kommt S. zu dem Schluß, daß Herzstörungen infolge der Narkose vor allem dann zu erwarten sind, wenn die relativen Maße der Gefäße die des Herzens übersteigen. Rechtseitige Überdehnung der Venen und des Herzens muß mit Elevation des Kopfes und vorsichtigen Morphindosen behandelt werden.

G. W. Crile (Cleveland): Auf Grund einer Statistik von 8962 abdominellen Operationen werden die postoperativen Gefahren infolge abnorm hohen Blutdrucks (Embolie, Thrombose, Angina pectoris und Pneumonie) und diejenigen infolge abnorm niedrigen Blutdrucks (Shock, Anämie) vermindert durch Vermeidung des Äthers, der die Lipoide der Hirnzellen löst und die roten Blutkörper schädigt. Statt dessen Stickoxydul und ausgedehnte Lokalanästhesie in Kombination mit Skopolamin-Morphin.

Dawson (New York): Postoperative renale Infektion ist die häufige Ursache sonst unerklärlicher postoperativer Temperatursteigerungen.

R. R. Smith (Grand Rapids): Enderfolge der Operationen wegen ektopischer Gravidität. Von 193 Pat. befanden sich 141 in bester Gesundheit (52 sterilisierte kommen nicht in Frage).

Von 141 hatten 42 später normale Graviditäten und 21 eine weitere Extrauteringravidität. Oberhalb 30 Jahre hatten 18 intrauterine, 15 wiederholte extrauterine Gravidität.

Carstens (Detroit): Bei sicher diagnostizierter Wanderniere, die als alleinige Ursache von abdominalen Beschwerden erkannt ist, kann nur Operation helfen. Fixation der Capsula fibrosa an den Lumbalmuskeln.

E. Reynolds (Boston): Sterilität ist entweder die Folge spermatötender Scheiden- und Uterussekrete oder ovarieller Ursachen. In ersterem Falle müssen

Digitized by Google

pathologische Sekretionen ausgeschaltet werden, im zweiten ließ sich die Sterilität oft durch Entfernung persistierender Corpora lutea heilen.

Saney (Pittsburgh): Dysmenorrhoea membranacea wird besser als Ausstoßung einer Membrana menstrualis bezeichnet, ein an und für sich häufiger Vorgang, dem nur bei Auftreten von Schmerzen besondere Bedeutung beigemessen wird.

F. H. Martin (Chicago): Prolaps des Uterus wird chirurgisch in der Menopause am besten nach Schauta-Wertheim operiert; bei jüngeren Pat. empfiehlt sich Raffung und Fixation der Uterinligamente per vaginam und Kolporrhaphie mit Levatornaht. Amputatio cervicis wird verworfen.

Montgomery (Philadelphia) exstirpiert bei Vagino-Uterinprolaps den Uterus und bildet durch Vernähung der Ligamentstümpfe ein Septum als Stützpunkt für die Blase.

G. B. Sorners (S. Francisco): Anatomie und chirurgischer Nutzen der Sacro-Uterinligamente.

J. O. Polak (Brooklyn): Erfolge nach Webster-Baldy'scher Operation, die nur bei kleinem Uterus, nach hinten gerichteter Cervix und gleichmäßig entwickelten Ligamenten ausgeführt werden sollte.

Truesdale (Fall River) beobachtete bei 600 gynäkologischen Laparotomien 16 tuberkulöse Salpingitiden; Alter zwischen 52 und 16. Die Affektion ist oft primär. Wenn es sich nicht um die fibröse Form handelt, die diätetisch-hygienisch behandelt werden sollte, ist die Salpingektomie stets indiziert. Von 16 Pat. starb 1 an Miliartuberkulose, 1 an Nachblutung, 1 an Lungenphthise; 2 befinden sich in körperlich schlechter Verfassung, die anderen 11 in guter.

J. B. Murphy (Chicago): Infektionen des Beckengewebes post partum sollen nach chirurgischen Grundsätzen behandelt werden. Keine Abrasio, Spaltung von Abszessen so bald wie möglich.

W. Mayo (Rochester): Magenkarzinom. Ulcera sind nach der Anamnese in 50% aller Fälle vorausgegangen. Suspekt sind Pat., die 1) einen nachweisbaren Tumor haben, 2) 12 Stunden nach einer Probemahlzeit (gekochter Reis und Weintrauben) noch Speisereste im Magen haben.

Die Mortalität beträgt bei M. nach Probelaparotomie 0,6%, nach Radikaloperation 10%, nach Frühoperation 5%. Heilung seit 5 Jahren 25%, seit 3 Jahren 38%.

R. Hall (Cincinnati): Bei Uteruskarzinom werden die ersten Symptome: 1) Wäßriger Ausfluß, 2) Blasenreizung, 3) tropfenweiser Blutabgang oft übersehen. Pruritus ist ein häufiges Begleitsymptom.

Korpuskarzinom manifestiert sich durch wäßrige Absonderung und spärliche Blutung. Vergrößerung und Druckempfindlichkeit des Uterus. Vorsicht mit Curette.

E. Ries (Chicago) legt bei der Wertheim'schen Karzinomoperation darauf Wert, daß alles maligne Gewebe in einem Stück entfernt wird.

J. F. Percy (Galesbury) empfiehlt bei inoperablen Uteruskarzinomen die Anwendung der Glühhitze; dabei wird zur Kontrolle von Bauchfellschädigungen der Leib eröffnet und die Temperatur von der Blase und dem Darme aus durch Thermometer gemessen. Von 13 so behandelten inoperablen Fällen sind 4 gestorben, 2 im Sterben, 7 befinden sich anscheinend wohl.

J. S. Horsley (Richmond) hat mit experimenteller Transplantation von Darm nach Resektion des Sigmoideums bei Hunden gute Erfolge erzielt, wenn die Darmstücke im Zusammenhang mit dem versorgenden Mesenterium

Digitized by Google

belassen wurden. Um einen Anus praeternaturalis zu vermeiden, läßt sich die Methode vielleicht auch nach Flexurresektionen anwenden.

De Lee: Sammelforschung über die Frage: Soll ein puerperaler Uterus bei Infektion von Eiresten befreit werden und wann?

Frage I: Primipara mit septischem Abort im 3. Monate, 2 Tage Fieber, mäßiger Blutung, das intakte Ei im Uterus. Was soll man tun?.

Von 189 Gynäkologen wollen: 139 den Uterus entleeren, 32 abwarten, 18 milde Antiseptika gebrauchen und warten.

Von 51 Chirurgen wollen: 42 ausräumen, 4 nichts tun, 5 Antiseptika gebrauchen und abwarten.

Von 37 Europäern wollen: 32 ausräumen, 5 Antiseptika und abwarten.

Von 14 Allgemeinpraktikern wollen: 11 ausräumen, 3 Antiseptika und abwarten.

Die scharfe Curette wird allgemein verworfen, Finger oder stumpfe Curette empfohlen.

Für Tamponade mit Gaze und exspektatives Verhalten sprechen sich viele aus.

Frage II: Analog Fall I, aber: Fötus abgegangen, Eireste retiniert.

Die Antworten lauteten im allgemeinen entsprechend wie bei Frage I.

Frage III: Primipara, am 4. Tage nach ausgetragenem Kind, mit manifester Uterusinfektion, ohne Blutung, Verdacht retinierter Placentarteile. Verhalten?

Von 183 Gynäkologen sind: 136 für sofortige Uterusaustastung, 34 für abwarten, 33 für Antiseptika und abwarten.

Von 52 Chirurgen sind: 36 für Ausräumung, 4 für abwarten, 12 für Antiseptika und abwarten.

Bei Europäern lauten die betreffenden Ziffern: 27; 4; 7.

Bei Allgemeinpraktikern: 8; —; 5.

Frage IV: a. Wann gehen Sie aktiv vor?

Gynäkologen	128	sofort;	8	innerhalb	24	Stunden;	18	noch später,
Chirurgen	42	»	—	»		9	»	»
Europäer	24	»	7	»		mehrere	»	

b. Wie gehen Sie vor? Mit Curette 113; 70 mit stumpfer Curette, 19 mit scharfer Curette, 24 ohne nähere Angaben. Mit Finger 127. Tamponade 39.

Frage V: Wie verhalten Sie sich, wenn Blutung die Sepsis kompliziert?

Behandlung verschieden; viele tamponieren, andere räumen digital oder mit Curette aus.

Frage VI: Wenn Sie den Schutzkräften des Organismus vertrauen bei Retention von Eiteilen, wie lange warten Sie, bis Sie eingreifen?

Blieb allgemein unbeantwortet.

Frage VII: Versuchen Sie vor dem Eingriff saprämischen von bakteriämischen Zustand zu trennen?

Ungefähr 50% glauben, diese Unterscheidung machen zu können.

Frage VIII: Unterscheidet sich Ihre Therapie bei Sepsis post abortum von der bei ausgetragener oder nahezu ausgetragener Gravidität?

57 Gynäkologen machen einen Unterschied, 90 keinen; aber 53 waren für eine aktivere Therapie bei Abort. Von Europäern waren 9 für eine aktivere Therapie bei Abort, 13 für eine weniger aktive.

Der Referent De Lee (Chicago) resümiert als eigene Ansicht:

I. Bei manifester Uterusperforation Laparotomie. Andernfalls Uterusjodoformgazetamponade, die anderntags wiederholt wird, geht das Ei nicht spontan ab, dann digitale Ausräumung.

Digitized by Google

II. Therapia eadem; nur selten halbscharfe Curette.
III. Kein intrauteriner Eingriff.
IV. Einige Tage warten; dann, wenn nötig, Jodoformgazetamponade.
V. Tamponade, wenn nötig, 1—2mal wiederholt.
VI. Der Natur für einige Tage vertrauen.
VII. Läßt sich nicht unterscheiden.
VIII. Bei septischem Abort Finger oder stumpfe Curette.

J. R. Goffe (New York): Die flüssige Beschaffenheit des Menstrualblutes ist nicht auf eine Herabsetzung der Gerinnungsfähigkeit des Besamtblutes, sondern auf spezifische Einwirkung des Endometriums zurückzuführen. Aus der Eigenschaft des Menstrualblutes, die Gerinnung im normalen Blute zu verhindern wird auf ein Gerinnungsantiferment im Menstrualblut geschlossen. Mangels anatomischer Gründe müssen für uterine Blutungen oft biochemische Ursachen angenommen werden.

B. Deaver (Philadelphia): Die Behandlung der Blutungen aus nichtschwangerem Uterus muß die Ursache berücksichtigen. Einschränkung der Abrasionen. Ultima ratio: Uterusexstirpation.

R. C. Coffey (Portland) berichtet über experimentelle, an Schweinen und Hunden ausgeführten Studien über peritoneale Adhäsionen. Peritoneale Verklebungen und allgemeine Sepsis stehen in umgekehrter Proportion zueinander. Die Überdeckung wunder Flächen mit Serosa soll eventuell mit Hilfe von Netz und Mesenterium durchgeführt werden. Bei allgemeiner Verwachsung der Därme sind laterale Enteroanastomosen der Lösung komplizierter Abhäsionen vorzuziehen. Rezidive von Verwachsungen lassen sich manchmal durch Zwischenlegen gummiüberkleideter Tampons zwischen die gefährdeten Darmschlingen vermeiden.

L. Adair (Minneapolis) kommt auf Grund bakteriologischer Untersuchungen des Nabelschnurrestes zu folgenden Schlüssen:

1) In den meisten Fällen wird der Nabelschnurrest während oder kurz nach der Geburt mit pathogenen und indifferenten Keimen verunreinigt.

2) Ernstliche Infektionen lassen sich mit einfachen Methoden (Alkohol, schwache Jodtinktur) vermeiden.

3) Alkohol und Jodtinktur sind ziemlich gleichwertig in ihrer Wirksamkeit.

4) Die Gelbsucht in den ersten Lebenstagen geht mit Temperatursteigerung einher und ist vielleicht auf ein durch die Nabelvenen oder Lymphgefäße eindringendes Agens zurückzuführen.

5) Temperatursteigerungen sind beim Neugeborenen häufige Erscheinungen, denen die verschiedensten Ursachen zugrunde liegen können.

H. Schwarz (St. Louis) hat mit der Abderhalden'schen Reaktion besonders bei Anwendung der Nynhydrinmethode gute Resultate erhalten. Desgleichen Losee (New York) und Echols (Milwaukee).

C. S. Bacon (Chicago) weist auf die Notwendigkeit von Sanatoriumbehandlung tuberkulöser Gravider und Trennung der infizierten Mutter von gesunden Kindern hin.

A. B. Spalding (San Francisco) rät zur Bestimmung der Schwangerschaftswoche zur Entfernung des Uterusfundus von der Symphyse im 7. Monat 2, im 8. Monat 3, im 9. Monat 4 und im 10. Monat 5 cm zu addieren.

W. W. Babcock (Philadelphia) empfiehlt Spinalanästhesie mehr für Operationen des uropoetischen Systems, weniger in der Abdominalchirurgie. Bei Myokarditis und niedrigem Blutdruck ist Spinalanästhesie besser durch Äthernarkose zu ersetzen.

Digitized by Google

G. Gellhorn (St. Louis) wendet Novokaininfiltration bei kleineren vaginalen Eingriffen, Spinalanästhesie in Fällen, die für Allgemeinnarkose Kontraindikationen zeigen, an.

Sektion für Urogenitalerkrankungen.

W. M. Spitzer und S. B. Childs (Denver) demonstrieren Röntgenaufnahmen normaler Nierenbecken und Ureteren. In 60% aller Fälle waren Ureterknickungen vorhanden. Im Stehen sinken die Nieren bis zu 3,5 cm herab.

B. Lewis (St. Louis): Demonstration von Röntgenaufnahmen von Blasengeschwülsten, Steinen und Uretersteinen.

W. F. Braasch (Rochester): Von 16 wegen essentieller Hämaturie Nephrektomierten leben 14 (ein Exitus infolge Komplikationen, ein Pat. verschollen). Auch Nephrotomie wurde mit gutem Erfolg ausgeführt.

O. S. Fowler (Denver) führt die Steinbildung im Nierenbecken auf behinderten Urinabfluß zurück und rät deshalb in entsprechenden Fällen zur Nephropexie.

H. D. Furness (New York) empfiehlt zur funktionellen Nierenprüfung nach der Phenolsulphonaphthaleinprobe die Indigkarminprobe mit intravenöser Injektion von 5—10 ccm einer 0,3%igen Lösung.

J. F. Geraghty (Baltimore): Besprechung des Wertes verschiedener Funktionsproben in der Differentialdiagnose von Nierenerkrankungen.

J. R. Caulk (St. Louis) hat die endovesikale Operation der Uretero-Vesikalcysten in sechs Fällen angewandt.

D. N. Eisendrath (Chicago) hat bei Hunden einen künstlichen Ureter unter Benutzung von Arterie, Vene oder Darm nicht mit brauchbarem funktionellem Resultat bilden können, da ein an Urin »gewöhntes« Epithel nicht vorhanden war. Vielleicht gelingt der Ureterersatz besser unter Benutzung aller Schichten der Blase.

C. Beck (Chicago) hat in zwei Fällen die Ureteren in den Darm implantiert, so daß die Enden in das Lumen prominierten.

H. H. Young (Baltimore) stellt fest, daß fast alle Blasentumoren über 40 Jahre malign sind. Bei der Operation empfiehlt sich Pinselung des Tumors mit 20%igem Resorcin und große Vorsicht, um Implantationsrezidive zu vermeiden.

C. Smith (Boston) fand in 98 Fällen von Cystitis bei Frauen stets eine höher gelegene, primäre Lokalisation der Krankheit, Tuberkulose der Niere, Pyelitis, Pyonephrose.

E. O. Smith (Cincinnati): Embryologie, normale und pathologische Histologie der Prostata.

Sektion für Chirurgie.

A. McLean (Detroit) nimmt auf Grund von Tierexperimenten an, daß der Tod bei Ileus nicht auf Toxämie, sondern auf Flüssigkeitsverlust beruht. Therapeutisch sind rektale Instillationen und intravenöse Infusion empfehlenswert.

H. H. Trout (Roanske): Physiologische Kochsalzlösung hat bei rektalen Instillationen gegenüber reinem Wasser keine Vorteile. Letzteres reizt die Schleimhaut weniger, während Kochsalz Durst und gelegentlich Ödeme und Albuminurie verursacht.

L. Ramshoff (Cincinnati): Anaphylaxie in der Karzinomdiagnose. Bereits referiert.

R. Eastman (Indianopolis) hat fötale Peritonealfalten als Ursache akuter und chronischer Darmobstruktion festgestellt.

J. N. Jackson (Kansas City) führt als Symptome der membranösen

Digitized by Google

Perikolitis an: Allgemeine Druckempfindlichkeit des Abdomens, Obstipation, muköse Kolitis, Tympanitis. Dagegen fehlen stets Temperatursteigerungen mit Pulsstörungen.

J. J. Hogan: Theorie und Praxis der Transfusion. Menschliches Blutserum ist den Kochsalzinfusionen überlegen. Am wirksamsten ist das Gesamtblut.

H. G. Sloan (Cleveland) empfiehlt Stickoxydul-Sauerstoffnarkosen bei schlechtem Allgemeinbefinden, Diabetes usw. Nachteile: Hohe Kosten und schwere Beschaffbarkeit reinen Gases.

H. Pock (New York): Vorteile und Nachteile der intratrachealen Insufflationsnarkose.

J. F. Mitchell (Washington) plädiert für ausgedehnte Anwendung der lokalen Anästhesie.

Sektion für Kinderkrankheiten.

T. B. Cooley (Detroit) empfiehlt zur Behandlung hämorrhagischer Diathesen bei Kindern Pferde- oder noch besser Menschenserum. Da eine Verminderung der Kalksalze nie nachgewiesen ist, ist die Zufuhr desselben zwecklos.

R. M. Smith (Boston) weist darauf hin, daß von 30 Vulvo-Vaginitiden kleiner Mädchen 75% durch häusliche Hygiene und Prophylaxe vermeidbar gewesen wären.

G. P. Gengenbach (Denver): Die Ursachen der Menstruatio praecox sind in Störungen der Ovarien, Nebennieren, Thyreoidea oder Hypophyse zu suchen.

H. Lowenburg (Philadelphia) betont die Notwendigkeit und in den meisten Fällen mögliche Durchführbarkeit des Stillens. Die Ausgaben für Milchküchen, Krippen und Kindererholungsstätten sollten lieber stillenden Müttern zugewiesen werden. Schottelius (Hamburg).

Zeitschriften.

4) Gynäkologische Rundschau 1913. Hft. 11—14.

Mayer (Tübingen). Gefahren des Momburg'schen Schlauches.

Neben seinen zweifellosen Vorteilen haften dieser Umschnürung vier Nachteile an. Es kann vorkommen, daß zwar die Vena cava, aber nicht die starrere, vielleicht sklerosierte Aorta komprimiert wird, so daß es gewissermaßen zu einer Verblutung in die untere Körperhälfte kommt. Weiter werden möglicherweise die Spermatikalgefäße nicht mit komprimiert. Ferner kann es zu funktionellen Störungen und degenerativen Prozessen in den Nieren kommen durch Ureterkompression oder bei vorhandener Nephroptose durch Zuschnürung der Nierengefäße, besonders wenn die Nieren an sich schon geschädigt sind. Schließlich sind beim Anlegen und Abnehmen des Schlauches infolge der plötzlichen Zirkulationsänderung Herzstörungen beobachtet worden, die dauernde Schädigungen nach sich ziehen können, ebenso wie der Darm in Form eines mehrtägigen Meteorismus recht erheblich in seiner Funktion beeinträchtigt, wenn nicht geschädigt wird.

Verf. warnt daher vor einer zu ausgedehnten Anwendung des Schlauches und mahnt zu vorsichtiger und strenger Indikationsstellung und Verwendung nur im äußersten Notfalle.

v. Neugebauer (Warschau). 29 Fälle von Tentamen abortus provocandi bei verkannter Extrauterinschwangerschaft.

Zusammenstellung der in der Literatur bekannten Fälle. 27 wurden recht-

Digitized by Google

zeitig operiert, 22 kamen mit dem Leben davon. Die beiden nicht operierten Fälle starben an Peritonitis. Als Besonderheiten und Komplikationen wiesen die Fälle einseitige Pyosalpinx, Uterusperforation mit spitzer Bleifeder, Ureterzerreißung, Perforation des Scheidengewölbes vermittels einer Striknadel mit Hämatom im Lig. latum und einmal postoperativen Ileus auf. Wegen der relativen Häufigkeit des Zusammentreffens von Tentamen abortus mit extrauteriner Gravidität wird die Möglichkeit erwogen, ob die Abtreibungsversuche mit der unausbleiblichen Hyperämie der Genitalsphäre eine Prädisposition zur extrauterinen Eieinbettung abgeben.

Schmid (Prag). Über freie Fascientransplantation.

Auf gynäkologischem Gebiete ist die freie Transplantation der Oberschenkelfascie bisher wenig angewandt worden, während sie die Chirurgen gern und viel zur Beseitigung postoperativer Hernien, Gelenkankylosen usw. verwenden. An der Prager Frauenklinik ist diese Methode zweimal wegen Laparokele mit gutem Erfolge ausgeführt worden und einmal wurde eine bereits dreimal erfolglos operierte Blasen-Scheidenfistel durch Einnähen der Oberschenkelfascie zwischen Blasen- und Scheidenschleimhaut dauernd beseitigt. Die Fascie heilt auch unter schlechten Ernährungsbedingungen glatt ein, wie histologische Untersuchungen ergeben haben, ferner ist sie sehr fest und haltbar und schließlich ist neben dem fast unbeschränkten Vorrat an Material die Entnahme völlig ungefährlich.

Stratz (den Haag). Falsche Diagnose bei einer selteneren Mißbildung der inneren Genitalien.

Der früher (Gynäkol. Rundschau 1913, Hft. 1) als Uterus duplex mit Atresie eines Hornes beschriebene Fall hat sich bei einer späteren Laparotomie infolge abundanter Menorrhagien als ein angeborener Defekt des linken Ovarium, eine Atresie der linken Tube, eine rechtseitige Ovarialcyste und multiple Cystenbildung im Lig. latum herausgestellt, deren größte der Cervix uteri unmittelbar aufsaß. Es wurden deshalb die inneren Genitalien radikal entfernt mit Ausnahme eines Restes vom rechten Ovarium mit Rücksicht auf das jugendliche Alter der Pat.

Decio (Parma). Untersuchungen über die Anwendung der Abderhalden'schen Reaktion auf dem Gebiete der Geburtshilfe.

110 Fälle wurden mittels des Dialysierverfahrens untersucht, und zwar handelte es sich 45mal um normale Gravide in verschiedenen Schwangerschaftsmonaten, die alle positiv reagierten. Bei einigen Fällen von pathologischer Schwangerschaft (Albuminurie, Eklampsie) baute das Serum kein Placentareiweiß ab. 39 Sera von nicht Graviden oder gynäkologisch kranken Frauen bauten Placenta meist nicht ab, dagegen wurde Krebseiweiß vom Serum Krebskranker fast immer verdaut. Ferner wurde in einigen Fällen durch das Serum von Schwangeren das Lebereiweiß Schwangerer angegriffen, in ganz vereinzelten Fällen auch das Eierstockseiweiß. Ebenso wurde einige Male eine Verdauung von fötalem Gewebe (Leber, Nieren- und Muskeleiweiß) durch Gravidenserum gefunden. In allen Fällen wurden nach Angabe von Abderhalden die verschärften Kontrollen und die Ninhydrinreaktion angewandt.

Abderhalden (Halle). Die Diagnose der Schwangerschaft mittels des Dialysierverfahrens und der optischen Methode.

Nach kurzer Besprechung der theoretischen Grundlagen der beiden Methoden werden die Fehlerquellen, auf die die Mißerfolge zurückzuführen sind, betont:

1) Das Blut ist hämolytisch oder nicht genügend zentrifugiert.

2) Die Schläuche sind für Spuren von Eiweiß durchlässig bzw. nicht gleichmäßig in der Peptondurchlässigkeit.

Digitized by Google

3) Das Organ ist nicht frei von auskochbaren Substanzen, die mit Ninhydrin reagieren. — Durch Ausschaltung dieser Fehlerquellen lassen sich angeblich Mißerfolge absolut vermeiden.

Theilhaber (München). Der Einfluß des Klimakteriums auf die Entstehung der Karzinome.

Im Klimakterium tritt eine Abnahme des Zellreichtums im Bindegewebe der Schleimhäute ein und gleichzeitig vollzieht sich eine Gefäßverarmung der Genitalien. Infolgedessen kann einer Epithelwucherung kein kräftiger reaktiver Wall von seiten des Bindegewebes entgegengesetzt werden, und daraus scheint sich die Häufigkeit des Auftretens der Uteruskarzinome im Klimakterium erklären zu lassen. Auf Grund dieser Theorie sind bei der Krebsbehandlung solche Mittel anzuwenden, die die Hyperämie und die Bindegewebszellenproliferation unterstützen, d. h. Röntgenstrahlen, Radium, Mesothorium, Diathermie, Erysipelserum, Uterusextrakte, Cholin, Arsen, Narbenmassage nach Operationen zur Verhütung von Rezidiven usw.

Kalledey (Budapest). Zur Lehre von der Ätiologie und Organotherapie der Uterusblutungen.

Zwischen der Ovarien-, Corpus luteum- und Hypophysenfunktion einerseits und Uterusblutungen andererseits bestehen gewisse Korrelationen, und zwar wird durch das Ovarium die monatliche Blutung angeregt und zugleich die Blutgerinnung verzögert; durch das Corpus luteum wird die Hemmung der Blutung bedingt und die intermenstruelle Pause hervorgerufen. Die Hypophyse wiederum bewirkt Kontraktionen der Uterusmuskulatur und dadurch Aufhören von Blutungen. Es besteht also ein gewisser Antagonismus zwischen Ovarium und Corpus luteum und zwischen Ovarium und Hypophyse.

Eine Korrelationsstörung dieser Organfunktionen kann zu uterinen Blutungen führen. Es wurden daher bei den verschiedenen Störungen die entsprechenden Organpräparate therapeutisch in Anwendung gebracht. Uterine Dauerblutungen wurden in manchen Fällen, wo besondere Ursachen dafür fehlten, mit gutem Erfolge mit Hypophysenextrakt (Pituitrin, Pituglandol, Glanduitrin) behandelt. Andererseits wurden zu früh einsetzende Menses im intermenstruellen Zeitraum durch Corpus-luteum-Präparate (Luteovar, Corpus-luteum-Kapseln) beseitigt und zum normalen Typus zurückgeführt. Schließlich wurde bei Dysmenorrhöen, deren Ursache eine Hypofunktion der Ovarien sein soll, nach Verabfolgung von Ovarienpräparaten (Biovar, Ovaraden usw.) stets ein schnelles und promptes Aufhören der Beschwerden herbeigeführt. Alle diese Präparate führten am schnellsten bei intravenöser Verwendung zum Ziele.

v. Neugebauer (Warschau). Nachtrag zu dem Artikel: 29 Fälle von Tentamen abortus provocandi bei verkannter Extrauteringravidität.« Kurze Anführung von neun weiteren Fällen zu diesem Thema (Gyn. Rundschau 1913, Hft. 11).

Mayer (Tübingen). Die Bedeutung des Infantilismus in Geburtshilfe und Gynäkologie.

Der Infantilismus ist eine Anomalie, deren Symptome besonders dem Geburtshelfer und Gynäkologen, aber auch jedem praktischen Arzte bekannt sein müssen, da bei Unkenntnis dieser Anomalie häufig falsche Diagnosen gestellt und zwecklose therapeutische Maßnahmen getroffen werden, die die Pat. schädigen.

Auf geburtshilflichem Gebiete sind verspäteter Eintritt der Menarche, Dysmenorrhöen, sterile Ehen, Aborte, starke Graviditätsbeschwerden, langdauernde Geburten, Nachblutungen und Stillunfähigkeit häufig auf den Infantilismus

Digitized by Google

zurückzuführen. Gynäkologisch kommen angeborene Verlagerungen, Prolapse und Extrauteringraviditäten infolge starker Tubenschlängelung auf infantilistischer Basis vor.

Therapeutisch sind lokale Behandlungsmethoden überflüssig, da die Ursache in einem Fehler der Ovarien oder der Konstitution zu suchen ist.

Hüssy (Basel): Über die Passage von Streptokokken durch das Blutserum fiebernder Wöchnerinnen.

Im Anschluß an die früheren Versuche, mit denen Verf. nur eine Virulenzprüfung der Lochialkeime gegenüber dem Serum Gesunder oder dem Diphtherieserum bezweckte, wurden jetzt Untersuchungen angestellt zur Prüfung der Widerstandskraft des Blutserums fiebernder Wöchnerinnen einem bekannten Streptokokkenstamm gegenüber, und zwar wurde 1 ccm Serum in Bouillon gebracht und eine Öse von einem bekannten und in allen Fällen verwendeten Streptokokkenstamm in die Mischung verimpft. Bei den gleichzeitigen Kontrollen wurde das Serum fortgelassen. Es ergab sich, daß bei Fällen, die günstig ausgingen, eine wachstumshemmende Wirkung des Serums auf den Streptokokkenstamm eintrat, während in den ungünstigen Fällen das Serum keinen Einfluß auf den Stamm ausübte, ja sogar die Trübung stärker war als in der Bouillon ohne Serum. Es sind also im Serum fiebernder Wöchnerinnen Stoffe vorhanden, die um so zahlreicher vorhanden sind, je leichter die Infektion ist.

Kalmanowitsch (Straßburg). Schwere Veränderungen der Extremitäten eines Neugeborenen als Folge der Geburt bei Uterus bicornis unicollis.

Bei einer derartigen Uterusanomalie fanden sich an dem in Steißlage geborenen Kinde eine spitzwinklige Flexionsstellung beider Oberschenkel mit starker Kontraktur in den Hüftgelenken, spitzwinklige Flexionsstellung in den Knien ohne straffe Kontraktur, sehr starke Equino-varus-Stellung beider Füße und Druckmarken an den beiden äußeren Malleolen. Außerdem bestand eine Hyperpronation der rechten Hand mit Kontraktur im Handgelenke und Mikrognatie. Die Mißbildung des Uterus wird als Ursache angesehen und deshalb bei erneuter Schwangerschaft die künstliche Frühgeburt in der 30. Woche empfohlen.

v. Radwanska (Krakau). Der angeborene gänzliche Prolapsus uteri bei einem mit Spina bifida behafteten Neugeborenen.

Genaue Beschreibung dieser seltenen Erkrankung, die auf eine Innervationsstörung des Diaphragma pelvis infolge der Spina bifida zurückgeführt wird.

Langes (Kiel).

Allgemeine Geburtshilfe.

5) **Nicloux. Über den Mechanismus der Passage des Kohlenoxyds von der Mutter zum Kind im Falle von Vergiftungen.** (Arch. mens. d'obstétr. et de gynécol. 1913. Januar.)

Wenn man sich die Placenta als eine Membran vorstellt, die dialysierbaren flüssigen Stoffen die Passage gestattet, so ist es nicht leicht, zu verstehen, auf welche Weise das an die mütterlichen roten Blutkörperchen gekette Kohlenoxydgas in das fötale Blut übergeht. Zum Verständnis dieses Vorgangs stellt N. die Hypothese auf, daß der Übergang von CO von der Mutter zum Kind als ein Phänomen placentarer Atmung zu betrachten ist. Das CO-Gas findet sich ebenso wie der Sauerstoff nur zum Teil an die roten Blutkörperchen gefesselt, der andere Teil ist im Plasma gelöst, von wo aus es durch die Zellen aufgenommen werden

Digitized by Google

kann. Diese Hypothese stützt der Verf. durch ein originell angeordnetes Tierexperiment, aus dem ebenfalls hervorgeht, daß das Plasma der Träger des O bei der gewöhnlichen Placentaratmung und des CO bei der entsprechenden Vergiftung ist. Engelmann (Dortmund).

6) **Balthazard und Nicloux. Tödliche Kohlenoxydvergiftung bei einer im 8. Monat schwangeren Frau.** (Arch. mens. de obstétr. et de gynécol. 1913. Februar.)

Die in der Überschrift angeführte Beobachtung gab dem Verf. die Veranlassung die in Betracht kommenden Verhältnisse etwas genauer zu studieren. Die Untersuchung des Blutes ergab das Vorhandensein von 16,9% CO im mütterlichen und von 4,6% im kindlichen Blute. Aus früheren Untersuchungen der Verff. geht hervor, daß der Tod eintritt, wenn 65%, d. h. also ungefähr $^2/_3$ des Hämoglobins durch CO gebunden sind. Der Vergiftungskoeffizient bei der Mutter im vorliegenden Falle betrug etwas weniger, nämlich 60; vielleicht hatte die Schwangerschaft den Widerstand der Frau herabgesetzt, denn zwei andere Personen, die im gleichen Zimmer weilten, waren am Leben geblieben. Der »Vergiftungskoeffizient« für das Kind erwies sich als erheblich niedriger (18). Daraus sowie aus verschiedenen ad hoc angestellten Experimenten der Verff. folgt, daß der Foetus in utero nicht an der CO-Vergiftung zugrunde geht. Bei einer für die Mutter tödlichen Vergiftung bleibt der Fötus offenbar noch eine Zeitlang am Leben, und zwar um so länger, je schneller die Vergiftung bei der Mutter eingetreten ist Hieraus ergibt sich die Forderung einer Sectio caesarea post mortem zur Rettung des Kindes, die im gegebenen Falle verhältnismäßig viel Aussicht auf Erfolg bietet. Engelmann (Dortmund).

7) **G. Politi-Aloisio (Neapel). Über den Übergang der Aminosäuren von der Mutter auf den Fötus.** (Ginecologia 1912. Nr. 3.)

Der Verf. untersuchte im Tierexperiment die Frage, wie sich Aminosäuren verhalten, wenn sie direkt in die mütterliche Blutbahn injiziert werden und kommt aus fünf Versuchen an trächtigen Hündinnen zu dem vorläufigen Schluß, daß unter den angegebenen Bedingungen ein Übergang solcher Stoffe in das Blut des Fötus zu bemerken ist. Es weist das auf die Bedeutung des Pankreassaftes in der Schwangerschaft hin, da dieser die Verdauung der Proteinkörper vollendet und sie so geeignet macht, von dem mütterlichen Organismus auf den kindlichen überzugehen. Küster (Breslau).

8) **Klinkert (Groningen). Untersuchungen und Gedanken über den Cholesterinstoffwechsel.** (Berliner klin. Wochenschrift 1913. Nr. 18.)

In Übereinstimmung mit anderen Autoren fand Verf., daß in den letzten Schwangerschaftsmonaten das Blutserum der Mutter abnorm reich an Cholesterin ist, während das Serum des Kindes einen abnorm niedrigen Gehalt aufweist. Tatsache ist, daß die Hypercholesterinämie während der Schwangerschaft nicht von der Nahrung abhängt, sondern endogenen Ursprungs ist. Bemerkenswert ist, daß der Cholesterinreichtum des Blutes auch bei der durch Kastration erzielten, künstlichen Menopause auftritt. Ferner ist daran zu erinnern, daß nach Naunyn Fettsucht und Gallensteinbildung in kausalem Zusammenhange stehen. Vielleicht zeigt sich also in den Erscheinungen: genitale Fettsucht, Hypercholesterinämie und Disposition für Gallensteinbildung ein Kausalnexus. Auch die gesteigerte Funktion der Nebennieren in der Schwangerschaft ist zu beachten im Zusammenhange damit, daß als Produzenten der Cholesterinester, z. B. bei der Hypercholesterinämie Nephritischer, vorwiegend die Nebennieren in Betracht kommen. Endlich weist Verf. auf die Tatsache hin, daß das Xanthom (kombiniert mit Ikterus) zu

Digitized by Google

70% bei Frauen vorkommt, und daß hierbei das Cholesterin im Blute vermehrt ist. Xanthome treten vorwiegend um die Menopause herum auf. Also auch hier besteht vermutlich ein genitaler Zusammenhang. H. Fuchs (Danzig).

9) **G. Guicciardi** (Novara). **Temperaturkurve in der Schwangerschaft.** (Ginecologia 1912. Nr. 9 mit einer Kurventafel.)

In neun Fällen, in denen die Körpertemperatur durch täglich einmal zu stets gleicher Zeit vorgenommene Messungen von der ersten Zeit der Schwangerschaft an bis zum Ende beobachtet werden konnte, wurde stets ein Anstieg der Körperwärme in den ersten Monaten festgestellt. Ganz besonders deutlich zeigte sich diese Tatsache in zwei Fällen, in denen auch die Temperaturkurve vor Eintritt der Schwangerschaft bekannt war.

In der zweiten Hälfte der Schwangerschaft kehrt die Temperatur zur Norm zurück, in manchen Fällen sinkt sie darunter.

Eine diagnostische Bedeutung kommt diesem Verhalten der Körpertemperatur nicht zu, da nur selten die Körperwärme vor Eintritt der Schwangerschaft bekannt sein wird, dagegen hat es ein wissenschaftliches Interesse insofern, als es vielleicht die Theorie von der Schwangerschaft als Intoxikation zu stützen geeignet erscheint. Küster (Breslau).

10) **P. Perazzi** (Vercelli). **Über das Verschwinden der Varizen bei Schwangeren nach dem intrauterinen Tod des Fötus.** (Ginecologia 1912. Nr. 12.)

Die Varizen in der Schwangerschaft verdanken ihr Entstehen, so gleichförmig das Krankheitsbild auch ist, außer einer gewissen Anlage verschiedenen Hilfsursachen, und zwar kommen hier drei Faktoren in Frage 1) die mechanische Einwirkung durch den großen Uterus, 2) nervöse Beeinflussung der Venen, 3) Einflüsse vom Blute aus in Zusammenhang mit den Schwangerschaftsveränderungen des Blutes. Für diese letzte Form spricht die Beobachtung, daß gelegentlich Varizen als Frühsymptom der Schwangerschaft bemerkt werden, daß sie ferner, wie der Verf. in einem Falle beobachtete, verschwinden können, wenn die Frucht intrauterin abstirbt, was auch von einigen anderen Autoren beschrieben wird. In beiden Fällen kommt dem mechanischen Faktor sicher keine Bedeutung zu.

Auch für die Diagnose des intrauterinen Fruchttodes könnte das Phänomen, wenn es öfter gefunden wird, Bedeutung gewinnen. Küster (Breslau).

11) **K. Reber** (Bern). **Zur Behandlung der Nachgeburtsperiode.** (Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1913. Nr. 8.)

Verf. bespricht das Material der Berner Frauenklinik. Er kommt zum Schluß, daß die Lösung der Placenta ohne besondere Indikationen nicht beeinflußt werden darf. Die Austreibung der Placenta darf erst beschleunigt werden, wenn sie 6 bis 7 Stunden auf sich hat warten lassen. Das Halten der Gebärmutter ist vorteilhaft, vor Reiben ist streng zu warnen. Muß aus irgendeinem Grunde eingegriffen werden, so tritt der Credé'sche Handgriff in seine Rechte, gelingt er nicht ohne weiteres, so ist er vor der manuellen Placentarlösung noch in Narkose zu versuchen. F. König (Bern).

Fötus und Neugeborenes.

12) **Edward A. Schumann** (Philadelphia, Pa.). **Beobachtungen zur Entstehung der Mißbildungen.** (Amer. journ. of obstetr. and dis. of w. and children 1913. Juni.)

Verf. bespricht die modernen Anschauungen über die Teratogenese und kommt

Digitized by Google

zu dem Schlusse, daß für die Mißbildungen jedes Organsystems eine bestimmte, »kritische Periode« als Entstehungszeit angenommen werden müsse, in der anscheinend die betreffenden Organe für mißbildende Einflüsse besonders empfänglich seien. Jaschke (Gießen).

13) **Ph. Kreiß. Eine seltene Mißbildung des Thorax.** (Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 26.)

Das 1 Tag alte, 3400 g schwere und 50 cm lange Kind bot die Erscheinungen der Thorakoschisis dar mit ungewöhnlicher Größe der Rippendefekte. Auf der rechten Thoraxseite waren nur 11 Rippen angelegt, auf der linken Seite fehlten 5 Rippen vollständig. Die I. bis III. Rippe war zwar vollkommen ausgebildet, jedoch verkrümmt und klein, die IV. Rippe war nur ein kurzes Stück knöchern angelegt. Die V., auffallend kräftige Rippe war in ihrer normalen Richtung verändert, bedeutend verkürzt und setzte nicht mehr am Sternum an. Die XI. Rippe war wieder normal, die XII. Rippe fehlte. Durch den Ausfall der VI. bis X. Rippe war es zu einer bedeutenden Einschränkung der linken Thoraxhälfte und Kompression der linken Lunge und — wohl infolge des Fehlens der Pars costalis der Wirbel- zu einer stark ausgeprägten Skoliose der Brustwirbelsäule nach rechts gekommen. So entstand eine Verlagerung des Herzens nach der rechten Seite zu und eine Hypertrophie des Herzens infolge der Einengung des Kreislaufs der linken Lunge.

An dem lebenden Kinde sah man über dem, durch das Röntgenbild klar wiedergegebenen, knöchernen Defekt eine ausgeprägte Furche, die sich bei der Exspiration vertiefte. Das Kind starb am 3. Tage. Die Sektion bestätigte den Befund des Röntgenbildes. Frickhinger (München).

14) **J. J. Thomas (Cleveland). Kongenitale Aplasie des Femur (Phokomelie).** (Cleveland med. journ. 1913. Mai.)

Ein in Steißlage geborenes Kind wies vollständiges Fehlen des rechten Femur auf, wie aus einem beiliegenden Röntgogramm ersichtlich ist. — Die Mutter hatte zwei gesunde Kinder und danach eine Fehlgeburt gehabt. Wassermann war jedoch bei ihr positiv und das Neugeborene zeigte Symptome kongenitaler Lues, die auf Behandlung verschwanden. Jetzt nach einem Vierteljahre ist das Kind anscheinend gesund. Sieber (Grunewald-Schmargendorf).

15) **D. S. Hanson (Cleveland). Geburtskomplikation durch Anomalie des Fötus.** (Cleveland med. journ. 1913. Mai.)

Bei einer 32jährigen IIpara, die selbst wie auch das erste Kind und der Ehemann stets gesund gewesen war, zeigte sich bei der Untersuchung die Vagina mit lauter fötalen Darmschlingen angefüllt. Wendung. Extraktion bis zum Knie, dann stockte sie. Obgleich vollständige Wendung, fötale Hand in der Vagina. Nach der endlich geglückten Entwicklung zeigten sich folgende Abnormitäten: Der rechte Arm ging von der rechten Hüfte ohne Schultergelenk im rechten Winkel ab. Der rechte Schenkel war auswärts rotiert. Der linke Arm fehlte, ebenso die vorderen Bauchdecken. Die Placenta war ohne Nabelschnur an die Leber und die anliegenden Organe geheftet.

Sieber (Grunewald-Schmargendorf).

16) **Adolf Nußbaum (Bonn). Ein einfaches Hilfsmittel bei der Reposition ausgetretener Hernien der Säuglinge.** (Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 26.)

Dieses Mittel besteht in Anblasen des Kindes, wodurch das Kind zu sofortigem Ruhigsein gezwungen wird. So hat der Verf. bei einem Säugling, bei dem alle Taxisversuche mißlungen waren, verhältnismäßig leicht eine pflaumengroße Leistenhernie reponieren können. Frickhinger (München).

Digitized by Google

17) **Oskar M. Schloss. Bemerkungen zur Ätiologie und Pathologie der hämorrhagischen Diathese bei Neugeborenen.** (Transact. of the New York acad. of med., sect. on pediatr. 13. II. 1913. — Amer. journ. of obst. and dis. of w. and children 1913. April. p. 820.)

Die Ätiologie vieler Hämorrhagien ist auch heute noch ganz unklar. S. hält Hämophilie als Ursache für äußerst selten, dagegen kommen Lues, Sepsis in Frage. Möglicherweise besteht überhaupt in den ersten Lebenstagen eine größere Disposition zu Blutungen. In einem Falle fand S. mangelhafte Blutgerinnung, bei manchen Fällen von Melaena handelte es sich um Magen- oder Duodenalgeschwüre.

Jaschke (Gießen).

18) **A. L. Soresi. Hämorrhagische Diathesen bei Kindern. Ihre Ätiologie, Pathologie und Therapie.** (Transact. of the New York acad. of med., sect. on pediatr. 13. II. — Amer. journ. of obst. and dis. of w. and children 1913. April. p. 823.)

Soweit für uns in Betracht kommend, besagen die Ausführungen von S., daß allen Blutungen eine gemeinsame, im Wesen noch unbekannte Stoffwechselanomalie, etwa eine Diathese, zugrunde liege. Das beste Mittel zur Bekämpfung der Blutungen sind Seruminjektionen (Mensch oder Pferd), bei lebenbedrohender Blutung kommt die direkte venöse Bluttransfusion in Frage, mit der Verf. ausgezeichnete Erfolge hatte.

Jaschke (Gießen).

19) **Roger Herbert Dennet. Die Behandlung der hämorrhagischen Erkrankungen durch Injektion von Menschenserum.** (Transact. of the New York acad. of med., sect. on pediatr. 13. II. — Amer. journ. of obst. and dis. of w. and children 1913. April. p. 826.)

Bericht über einen ungünstigen, vielleicht zu spät und zu wenig energisch behandelten Fall von meningealer Blutung vom 3.—6. Lebenstage, in dem die Seruminjektion fast einen sofortigen Umschwung in dem bedrohlichen Krankheitsbilde und Heilung brachte. Die Diagnose war durch Lumbalpunktion bestätigt.

Jaschke (Gießen).

Tuberkulose.

20) **E. H. Richardson. Tuberkulose des uropoetischen Systems bei Frauen.** (Bull. John Hopkins hosp. 1913. p. 103.)

Für weitaus die Mehrzahl von Nierentuberkulosen muß eine hämatogene Infektion angenommen werden.

Klinische Bedeutung hat vor allem die chronische, in der Niere lokalisierte Form, weniger die akute miliare. Je nach der Schwere des Falles kommen die verschiedensten Krankheitsbilder von einzelnen Abszessen in der Nierensubstanz bis zu völliger Vereiterung des Organs vor, ebenso wie die Tuberkulose der Blase sich nur durch einzelne Tuberkel, Ulcera oder die schwersten Schrumpfungszustände dokumentieren kann. Den in weiten Grenzen schwankenden anatomischen Veränderungen entsprechen die verschiedensten Krankheitsbilder, Polyurie, Dysurie, Hämaturie und Pyurie, Schmerzen der Nierengegend von kolikartigem Charakter, palpabler Nierentumor, Nachtschweiße, Abmagerung und Fieber. Der Nachweis von Tuberkelbazillen sollte stets erbracht werden und durch Cystoskopie bzw. Ureterenkatheterismus, der bei vorsichtiger Durchführung nicht die Gefahr einer aszendierenden Tuberkulose involviert, die Funktion und Infektion beider Nieren untersucht werden. Auch das Skiagramm leistet

Digitized by Google

wertvolle Dienste. Bei einseitiger Nierentuberkulose sollte unbedingt das Organ entfernt werden. Ist die Funktion der anderen Niere nicht ganz sicher als ausreichend erkannt, dann muß sie zuvor durch Probeinzision freigelegt werden. Gehen die Blasenerscheinungen nach Exstirpation der erkrankten Niere nicht spontan zurück, dann empfiehlt sich Jodoformöl, Sublimat usw. intravesikal.

Schottelius (Hamburg).

21) **Daniel N. Eisendraht** (Chicago). **Tuberkulose der Nieren.** (Interstate med. journ. 1913. April.)

Die hämatogene Infektion kommt fast allein in Betracht, wenn auch eine aufsteigende Nierentuberkulose nicht geleugnet wird. Nach Besprechung der pathologischen Anatomie betont Verf. die ungeheuere Bedeutung möglichst frühzeitiger Diagnose, da immer noch ein großer Prozentsatz der Fälle (ca. 20—30%) zu spät, inoperabel, in die Behandlung kommt. Jede Pyelitis und Cystitis, deren Ätiologie nicht klar gestellt erscheint, ist so lange als tuberkuloseverdächtig anzusehen, bis Tuberkulose sicher ausgeschlossen werden kann. Es gibt Fälle, in denen die Blasensymptome im Vordergrunde stehen (die große Mehrzahl), andere mit unbestimmten Beschwerden in der Nierengegend, etwas Eiter im Harn und allmählichem Gewichtsverlust, Fälle mit verdächtigen Temperaturen, mit initialer Hämaturie, mit nachweisbarer Vergrößerung der Niere (tuberkulöse Hydro- und Pyonephrosen). Der cystoskopische Befund ist bei Beteiligung der Blase sehr charakteristisch, in anderen Fällen kann er vollständig negativ sein. Röntgenstrahlen, Tuberkulinproben geben keine zuverlässigen Anhaltspunkte. Beweisend ist natürlich nur der Nachweis der Tuberkelbazillen, nötigenfalls im Meerschweinchenversuch.

In jedem Falle einseitiger Nierentuberkulose besteht die einzig rationelle Therapie in der Nephrektomie. Kontraindikationen gegen dieselbe sind: vorgeschrittene tuberkulöse Prozesse in anderen Organen, doppelseitige Erkrankung. Nachweis ungenügender Funktion der anderen Niere. — Die Nachbehandlung unter den bestmöglichen hygienischen und klimatischen Bedingungen muß eine sorgfältige sein.

Jaschke (Gießen).

22) **Ch. Perrier. Diagnose und Behandlung der beiderseitigen Nierentuberkulose.** (Revue méd. de la Suisse romande 1912. Nr. 4.)

Besprechung der Symptome der Nierentuberkulose und des Vorgehens zur Diagnosestellung. — Für die Behandlung werden die Fälle in drei Gruppen eingeteilt. 1) Beide Nieren sind nur leicht erkrankt. 2) Beide Nieren sind sehr stark affiziert. 3) Eine Niere ist schwer, die andere nur leicht erkrankt. Bei der ersten Gruppe ist kein Eingriff indiziert, bei der zweiten kommt bei Retention zur Milderung der Schmerzen die Nephrostomie in Betracht. Kann bei der dritten Gruppe der Pat. die Nephrektomie ertragen, so wird sie ausgeführt, sonst wird auf Indikation durch Retention die Nephrostomie gemacht. Oft hilft mehrmals vorgenommene Punktion. Bei Nierentuberkulose kompliziert durch schwere Cystitis und wo die Nephrektomie kontraindiziert ist, wirkt Cystostomie ausgezeichnet und beseitigt rasch die unerträglichen Schmerzen und Blasentenesmen.

F. König (Bern).

23) **Jennie G. Drennan** (Neuyork.) **Die Kalziumentziehung aus dem mütterlichen Blut durch den Fötus ist eine Ursache des raschen Fortschreitens tuberkulöser Prozesse in der Schwangerschaft.** (Amer. journ. of obst. and dis. of w. and children 1913. Mai.)

Schwangerschaft und Laktation bedingen eine Kalziumverarmung des mütterlichen Organismus. Dadurch wird der wichtigste natürliche Heilungsvorgang der

Digitized by Google

Tuberkulose, die Verkalkung der Tuberkel, unmöglich gemacht, und daraus erklärt sich der ungünstige Einfluß von Schwangerschaft und Laktation bei Tuberkulose. Jaschke (Gießen).

24) **K. Ulenzer. Beitrag zur Genitaltuberkulose.** Inaug.-Diss., Bern, 1912.

An Hand des Berner Materials nimmt Verf. Stellung zu der Frage der Infektionswege der Genitaltuberkulose und zur Therapie derselben. Nach Untersuchung der drei Fälle kann über den Infektionsmodus nichts Sicheres gesagt werden. Eine hämatogene Infektion ist bei dem ersten Falle wahrscheinlich. Therapeutisch wurde in allen drei Fällen der radikale Standpunkt vertreten.

F. König (Bern).

25) **P. Gaitami jr. (Rom). Die papilläre Tuberkulose der Fallopischen Tube.** (Pathologica 1912. Nr. 19.)

Verf. beobachtete in drei Fällen eine Form der Tubentuberkulose, welche sich als echte Papillenbildung besonders am Infundibulum darstellt und makroskopisch zunächst gar nicht an Tuberkulose erinnert, sondern eher an genuinen Tumor denken läßt. Diese Form ist bisher nicht genügend bekannt und beachtet.

Küster (Breslau).

26) **Scherber (Wien). Weitere Mitteilungen zur Klinik und Ätiologie der pseudotuberkulösen Geschwüre am weiblichen Genitale.** (Wiener klin. Wochenschrift 1913. Nr. 26.)

An der Hand eines Falles bei einem 3jährigen Mädchen bespricht Verf. das seltene Krankheitsbild, über das er schon früher in der Dermatologischen Zeitschrift (XX, 2) berichtet hat. Der Krankheitsprozeß befällt anscheinend nur Virgines. Er beginnt mit Temperatursteigerung, Rötung und Schwellung der Labien, Brennen und Schmerzen an den Genitalien. Zugleich treten an der Innenfläche der Labien und in der Klitorisgegend mehr oder weniger zahlreiche, stecknadelkopfgroße, grauweiße bis graurötliche Knötchen auf, die rasch zu follikulären Geschwüren zerfallen, manchmal konfluieren und größere Ulzerationen bilden. Die Geschwüre sind oberflächlich, haben unterminierte Ränder und sind sehr schmerzhaft. Es kommt zu starker Schwellung der Umgebung und der Leistendrüsen. Bei milder antiseptischer Behandlung kommt der Prozeß in 10—14 Tagen zur Verheilung. Bakteriolgisch finden sich meist Staphylokokken, selten Streptokokken.

Zum Schluß bespricht der Verf. die Differentialdiagnose gegenüber Ulcus molle, Lues, Herpes genitalis, Diphtherie, Tuberkulose u. a. selteneren Affektionen. Linzenmeier (Berlin).

Radiologie.

27) **Hager (Freiburg). Zur Klinik des Röntgenulcus.** (Strahlentherapie Bd. II. Hft. 2.)

59 Röntgenulcera werden aus der Literatur zusammengestellt. Das Röntgenulcus, das den 3. Grad der Röntgenverbrennung nach dem Erythem mit Haarausfall als 1. Grad und der Bläschenbildung mit eitriger Sekretion als 2. Grad darstellt, tritt meist nach 8 Tagen bis 3 Wochen auf, jedoch können auch 5 bis 6 Monate bis zur Entstehung vergehen. Es ist mit nekrotischen Fetzen bedeckt und von einem entzündlichen Hautwall umgrenzt. Häufig liegen die Nervenendigungen frei zutage, wodurch die enormen Schmerzen der Pat. erklärt sind. Das Ulcus wird entweder stationär und überhäutet sich von der Peripherie her,

Digitized by Google

oder es bleibt im Zentrum torpide und rezidiviert, oder es vernarbt langsam im Verlaufe von Monaten und Jahren. Meist tritt zugleich Fieber auf, ferner Brechreiz, Appetitlosigkeit, Mattigkeit und allgemeine Nervosität. Auch eine Psychose ist einmal beobachtet worden.

Therapeutisch kommt neben Morphium Phenacetin zur Schmerzlinderung in Betracht. Lokal hat eine konservative Therapie (Umschläge mit essigsaurer Tonerde, Wasserstoffsuperoxyd, Kreolin 1 : 1000, Borsalbe usw.) oder besser eine chirurgische Behandlung Platz zu greifen in Gestalt einer Exzision mit gleichzeitiger Transplantation. Die Prognose ist dubiös, aber nicht absolut schlecht.

Langes (Kiel).

28) **Rominger** (Freiburg). **Klinische Erfahrungen über die Hautschädigungen bei gynäkologischer Tiefentherapie mit schwachgefilterten Röntgenstrahlen.** (Strahlentherapie Bd. II. Hft. 2.)

Im Anfange der Röntgentiefentherapie wurde an der Freiburger Universitätsfrauenklinik mit schwachgefilterten Röntgenstrahlen (4fach Rehleder) gearbeitet (April 1910 bis März 1911). In 9% aller Fälle traten trotz regelmäßiger Dosierung Hautschädigungen auf. Diese entstanden durch absolute Überdosierung (10 X und mehr bei einmaliger Bestrahlung oder bei erneuter Bestrahlung vor Ablauf von 21 Tagen) bei 79% aller absolut überdosierten Fälle. Bei den übrigen 21% wurden keine Schädigungen beobachtet. Ferner traten durch relative Überdosierung (weniger als 10 X) in 3% dieser relativ überdosierten Fälle Erytheme auf. Der Grund dafür ist in einer Überempfindlichkeit gegen Röntgenstrahlen zu suchen.

Diese Erfahrungen beziehen sich, wohl gemerkt, nur auf schwachgefilterte Röntgenstrahlen.

Langes (Kiel).

29) **Samuel Stern** (Neuyork). **Röntgentherapie der Uterusmyome, der Meno- und Metrorrhagien.** (Amer. journ. of obst. and dis. of w. and children 1913. Juni.)

Verf. berichtet über seine, seit der zweiten Hälfte 1911 an 52 Fällen, darunter 29 Myomen gesammelten Erfahrungen. Einige derselben werden näher beschrieben. S. fand, daß die Zahl der Sitzungen, die notwendig ist zur Erzielung einer deutlichen Besserung, sehr schwankt. Die erstbemerkte Besserung war gewöhnlich eine Verlängerung des Menstruationsintervalls. Bei submukösen Myomen wurde nur wenig oder keine Besserung erzielt. Bei der Mehrzahl der Myomkranken war jedoch eine vollständige subjektive Heilung zu erzielen, die bis dato anhält. Nur in 2 Fällen kehrten die Erscheinungen, wenn auch nicht in der ursprünglichen Stärke wieder. Bei einer Anzahl von dem Klimakterium nahen Pat. wurde eine völlige Menopause erzielt, bei jüngeren dagegen kehrte nach einer Pause von 6—8 Monaten stets die Menstruation wieder. Eine dauernde Menopause wurde bei Pat. unter 40 Jahren niemals erzielt. Zur dauernden Sterilisierung scheint Verf. die Röntgenbestrahlung ungeeignet. — Ähnlich waren die Resultate bei Meno- und Metrorrhagien.

Zur Technik macht Verf. folgende Angaben: Röhrenhärte 10—12 Benvist, Hautabstand ca. 8 Zoll, Dosis jedesmal 2 Holzknecht. Zur Filterung wurde Aluminium und, worauf S. besonderes Gewicht legt, fein zerkleinertes Eis, von einem dünnen Gummituchmantel überzogen, verwendet. Diese Eisschicht filtert sehr gut und macht durch ihre Kältewirkung die Haut weniger empfindlich.

Jaschke (Gießen).

Digitized by Google

30) **H. Chéron. Bemerkungen zur Technik der Radiumtherapie der Uterusmyome.** (Arch. mens. d'obstétr. et de gynécol. 1913. Januar.)

Der Verf., der sich seit über 4 Jahren mit der Radiumbehandlung beschäftigt, weist zunächst auf die Berechtigung dieser Therapie hin, und zwar einmal im Hinblick auf die verschiedenen Nachteile der Röntgenbehandlung (Schädigung der Haut und der Därme usw.) und zum anderen wegen des Fehlens dieser Nachteile bei der Radiumtherapie. Die Wirkung der Radiumstrahlen ist eine etwas andere als die der Röntgenstrahlen, so daß die eine Methode nicht imstande ist, die andere zu ersetzen und die Wirkung beider Verfahren den Gynäkologen bekannt sein muß.

Das Radium besitzt zwei wichtige Eigenschaften: 1) Die Aussendung dreier Arten von Strahlen und 2) die Abgabe eines Gases, der sogenannten Emanation. Die drei Strahlenarten verhalten sich verschiedenartig. Die α-Strahlen bestehen aus Partikeln, die die Größe eines Wasserstoffatoms haben, mit positiver Elektrizität geladen sind und eine Geschwindigkeit besitzen, die 10mal so klein ist als die des Lichtes. Die β-Strahlen bestehen aus Partikeln, die 2000mal kleiner sind als die der α-Strahlen, während ihre Geschwindigkeit eine doppelt so große und größere ist. Die Penetrationsfähigkeit der beiden Strahlenarten ist ebenfalls eine sehr verschiedene. Die α-Strahlen werden zurückgehalten durch eine Aluminiumschicht von $^3/_{100}$—$^4/_{100}$ mm Dicke, die β-Strahlen durch eine $^5/_{10}$—$^6/_{10}$—2 mm dicke Bleischicht. Die γ-Strahlen besitzen eine sehr große Penetrationskraft; sie sind imstande, noch nach Durchdringung einer 5—7 cm dicken Bleischicht ihre Wirkung zu entfalten. Diese Eigenschaften der Radiumstrahlen muß man kennen, wenn man ihre Wirkung bei der Behandlung der Myome verstehen will. Da man bei dieser Therapie eine Tiefenwirkung erzielen will, so muß ein Teil der Strahlen ausgeschaltet werden. Das geschieht nach dem Vorschlag von Domenici (1907) durch Filtration. (Es folgen hier eine Reihe von nicht zu referierenden Einzelheiten. Ref.). Bei der Filtrierung der Radiumstrahlen muß endlich auch auf die schädliche Wirkung der sogenannten Sekundärstrahlen, die bei Durchdringung von schweren Metallen entstehen, Rücksicht genommen werden. Dies geschieht durch eine 32fache Taftschicht, die alle schädlichen Strahlen absorbiert.

Bei der Behandlung der Myome durch die Radiumstrahlen kann man zwei Wege wählen, den indirekten und den direkten. Der erstere Weg, die Bestrahlung von den Bauchdecken her, hat den einzigen Vorteil, daß dabei die Uterushöhle intakt bleibt. Die Nachteile dieses Vorgehens, vor allem der große Strahlenverlust, sind so groß, daß dies Verfahren, allein angewandt, als zwecklos gelten muß. Viel besser ist der direkte Weg, die Bestrahlung von der Uterushöhle aus. Die besten Erfolge sind auf diesem Wege bei den interstitiellen Tumoren zu erzielen. (Es folgt wiederum eine nicht zu referierende minutiöse Beschreibung von Versuchen, die der Verf. mit Domenici angestellt hat, und die die Absorption der Radiumstrahlen in den verschiedenen Geweben betrifft. Ref.). Die Absorption der Strahlen durch die ca. 15 mm dicke Uteruswand beträgt bei einer Filtrierung mit $^1/_2$ cm Silber ca. $^1/_5$.

Ein Vergleich der Radiumstrahlen mit den Röntgenstrahlen ergibt eine Reihe von Verschiedenheiten. Die Radiumstrahlen besitzen eine größere Penetranz als Röntgenstrahlen. Die Technik der Radiumbestrahlung ist eine viel leichtere als die der Röntgenbestrahlung. Bei der ersteren arbeitet man mit Werten von bekannter, steter Konstanz, bei der letzteren nicht. Außerdem kann man bei der Radiumbestrahlung fast stets den direkten Weg wählen, der natürlich viel wirk-

Digitized by Google

samer ist als der indirekte der Röntgenstrahlen. Endlich ist die Absorption der Radiumstrahlen durch die Tumoren und die Wand des Uterus eine fast absolute.

Gewisse Vorteile bildet ein neues, vom Verf. zusammen mit Bouchacourt ausgearbeitetes Verfahren, die Kombination von Röntgen- und Radiumstrahlen, die »Radio-Radiumtherapie« (Näheres s. Bericht der Soc. obstétr. de Paris 1912, Juli).

Die Technik der von C. angewendeten Radiumtherapie ist verschieden je nach den Umständen. Bei älteren Personen ist das Ziel der Behandlung eine vollkommenne Menopause, bei jüngeren eine Herabsetzung der Stärke der Menstruation. Weiter ist zu berücksichtigen, daß bei künstlicher Menopause sich gelegentlich unangenehme Folgen einstellen in Gestalt einer Vergrößerung des Tumors (! Ref.), oder von regressiven oder entzündlichen Prozessen in und an denselben. Was weiter die Art der zu bestrahlenden Myome anlangt, so scheiden die submukösen Tumoren aus. Am geeignetsten zur Bestrahlung sind die interstitiell gelegenen Myome. Das Radium wird mittels der Tuben nach Domenici appliziert. Die gewählte Radiummenge hängt von der Größe des Tumors und dem Alter der Pat. ab; ältere Personen reagieren besser auf die Strahlen als junge. Die Filtration geschieht durch eine Silberschicht von einer Dicke von $^1/_2$—2 mm (meist 1 mm) und eine weitere, verschieden dicke Taftschicht. Die Radiumtube wird am besten so in die Uterushöhle gelegt, daß auch noch ein Teil im Cervicalkanal zu liegen kommt, so daß man die lokale Wirkung verfolgen kann. Dort kann sie dann 20—24 Stunden liegen bleiben. Dem Einlegen muß natürlich eine Erweiterung der Uterushöhle mittels Laminaria oder Dilatatoren vorhergehen. Bei dieser Technik genügt eine 3—4malige Applikation in mittelschweren Fällen, vorausgesetzt, daß die Tuben mindestens 5 cg reines Radiumsulfid enthalten, bei einer Filterung durch 1 mm Silber.

Bei ubserösen Myomen, deren Wachstum von der Viskularisation des Uterus abhängt, muß es das Ziel der Behandlung sein, diese letztere zu beeinflussen, um auf diese Weise die Tumoren selber zum Schwinden zu bringen.

Liegt zu gleicher Zeit eine Endometritis vor, so kann man durch einmalige Einwirkung der Sekundärstrahlen diese behandeln. In allen anderen Fällen sollen nur die γ-Strahlen und die harten β-Strahlen zur Anwendung kommen. Bei akuter Metritis cervicalis muß man sehr vorsichtig sein und versuchen, diese erst zum Ausheilen zu bringen.

Eine gleichzeitig bestehende Adnexitis ist im allgemeinen keine Kontraindikation für die Radiumbehandlung, wenn sie nicht eitrig ist. Jedoch ist es gut, zunächst die Adnexitis zur Ausheilung zu bringen, was ebenfalls wieder am besten und schnellsten mittels Radiumstrahlen geschieht.

Ist eine schwere Anämie vorhanden, so muß man daran denken, daß nach den ersten Bestrahlungen gelegentlich Blutungen auftreten können, daß also die zu behandelnden Frauen nicht total ausgeblutet sein dürfen.

Soll nur eine Verminderung der menstrualen Blutung herbeigeführt werden, so müssen Dauer und Dosis der Bestrahlung herabgesetzt werden. 2—3 cg, 2—3mal 12—24 Stunden lang appliziert, genügen für gewöhnlich; nur selten ist diese Dosis zu verdoppeln. In diesen Fällen empfiehlt es sich auch, nicht alle Sekundärstrahlen zu beseitigen.

Zur Erzielung der Menopause muß eine Dosis von 5—10—15 cg zur Anwendung kommen; bei intrauteriner Applikation genügen gewöhnlich 5—6 cg. Auch hier läßt man zweckmäßigerweise durch Einwirkung der Sekundärstrahlen die eventuell erkrankte Schleimhaut beeinflussen.

Digitized by Google

Um eine intensive Wirkung auf das Myom selber und die Ovarien bei möglichster Schonung der benachbarten Organe zu erzielen, empfiehlt sich ein Kombinationsverfahren, und zwar eine vorbereitende Kur mittels Radiumstrahlen, vor der eigentlichen Röntgenbestrahlung. Die Radiumbehandlung soll dabei gewissermaßen sensibilisierend auf die Myomzellen wirken. Die Bestrahlung muß deshalb eine ziemlich intensive sein: 5—10 cg, intrauterin angewandt ohne jede Sekundärstrahlung. Dann genügt eine geringe Röntgenwirkung zur Erzielung des Erfolges.

Was endlich die Gefahr der Radiumbehandlung anlangt, so ist sie bei sachgemäßem Vorgehen gleich Null. Unter 193 Bestrahlungen von Myomen hat der Verf. nur eine infolge Unachtsamkeit entstandene Verbrennung erlebt. Ungeübten können Schädigungen passieren bei ungenügender Filtrierung der ultrapenetrierenden oder der sekundären Strahlen, bei zu häufiger Wiederholung der Sitzungen oder bei der Anwendung zu hoher Dosen und bei dem Übersehen intravaginaler oder intrauteriner Dermatitiden. Endlich kann ein diagnostischer Irrtum eine nachteilige Wirkung haben, weshalb nur bei ganz sicherer Diagnose bestrahlt werden soll.

Im übrigen dürfen, wie der Verf. sagt, die Fehler von Anfängern nicht der Methode zur Last gelegt werden, und diese verdient nach Ansicht des Verf.s eine weite Verbreitung als Methode der Wahl bei der Behandlung der Myome.

Engelmann (Dortmund).

31) **R. Knox** (London). **Radium bei der Behandlung bösartiger Erkrankungen.** (Brit. med. journ. 1913. Juni 7.)

Bisher ist eine effektvolle Wirkung mit Radiumstrahlen bei malignen Prozessen nur erzielt worden, wenn dieselben oberflächlich lagen. Die Resultate lassen sich wohl steigern, wenn größere Dosen als bisher verwandt werden, um mehr in die Tiefe dringen zu können. Zu wünschen wäre noch eine gründlichere Kenntnis der physikalischen Eigenschaften des Radiums, um für die einzelnen Fälle die passende Strahlenqualität ausfindig machen zu können. Verbessert werden muß auch noch die Technik, und es muß die verschiedene Dicke des Filters mehr berücksichtigt werden. Möglicherweise können die sog. β-Strahlen in einigen Fällen bessere Resultate erzielen. Wenn die bisher wenig benutzten α-Strahlen in Kontakt mit den Zellen des malignen Gewebes gebracht werden, so wird vielleicht gefunden werden, daß sie einen Hemmungseffekt auf das Wachstum der Tumoren ausüben. Das Trinken radioaktiver Wässer scheint keinen Effekt auf die Krebszellen zu haben.

Sieber (Grunewald-Schmargendorf).

32) **E. Partos** (Genf). **Die wissenschaftlichen Grundlagen der Radiotherapie in der Gynäkologie.** (Revue méd. de la Suisse romande 1913. Nr. 6.)

Sammelreferat.

F. König (Bern).

Originalmitteilungen und Referate für das Zentralblatt wolle man an *Prof. Dr. W. Stoeckel* in Kiel, Monographien, Sonderdrucke und Bücher-sendungen an *Prof. Dr. W. Stoeckel* oder an die Verlagshandlung von *Johann Ambrosius Barth*, Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. W. Stoeckel in Kiel.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Digitized by Google

Zentralblatt für Gynäkologie

begründet von HEINRICH FRITSCH

herausgegeben von

WALTER STOECKEL in Kiel.

37. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 38. Sonnabend, den 20. September 1913.

Inhalt.

XVII. Internationaler medizinischer Kongreß.
Döderlein, Placenta praevia. — Essen-Möller, Akzidentelle Blutung. — Frank, Subkutaner Symphysenschnitt. — Kudoh, Histogenese der Ovarialdermoide. — Davis, Koliinfektion in der Schwangerschaft. — Recasens, Organtherapie. — Fabre, Externe Hysterographie. — Nubiola, Elektrokardiogramm der Schwangeren. — Chalmers, Koplik, Wallich, Kindersterblichkeit. — King, Lagekorrektur der Querlage. — Pozzi, Stenosierende Metritiden der Cervix. — La Torre, Uterusmuskulatur. — Beuttner, Keilexzision des Uterus. — McIlroy, Mammasekretion. — Joly, Vaginalovula aus Pflanzenkohle. — Turrel, Intrauterinstift.
Originalien: I. E. Bilsted, Vorfall beider Unterextremitäten neben dem Kopfe. — II. W. J. Ilkewitsch, Über die Behandlung der Puerperalsepsis durch intravenöse Injektionen von Aqua destillata.
Neue Bücher: 1) Merkel, Geschwülste des Kindesalters.
Berichte: 2) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Leipzig.
Rauscher, Strahlentherapie bei malignem Ovarialtumor. — Zweifel, Darmfisteln. — Backhaus, Fortbildungskurse der Hebammen.
Zeitschriften: 3) Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XXXVIII. Hft. 1 u. 2.
Rosenstein, Spaltuterus. — Hüffel, Hypophysenextrakt als Wehenmittel. — Martin, W. A. Freund zum 80. Geburtstage. — Pankow, Hoher Gradstand. — Müller, Kopfform und Geburtsmechanismus. — Lichtenstein, Abwartende Eklampsiebehandlung. — Seilheim, Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisation. — Kondring, Basale sphenoorbitale Meningokele. — Loofs, Paraffineinbettung von Uterus und Ovarien. — Sudhoff, Antike Votivgaben weiblicher Genitalien.
Allgemeine Geburtshilfe: 4) Bouth, Schwangerschaftstoxämie. — 5) Bittner, Schwangerschaftsleber. — 6) Rübsamen, Schwangerschaftstoxikosen. — 7) Zangemeister, Diphtherieschutzmittel. — 8) Grumann, 9) de Porenta, Pituitrinwirkung. — 10) Sievert, Desinfektion. — 11) Heaney, Geburt conduplicato corpore. — 12) Lynch, Cervicale Decidua.
Eklampsie: 13) Zinke, 14) Wilson, 15) Pfeifer, 16) Haddon, 17) Skopova, 18) Dunbar, 19) Jardine und Kennedy, 20) Kutvirt, Eklampsie. — 21) Halliday Croom, Pseudoeklampsie
Abderhalden's Reaktion: 22) Heilner und Petri, 23) Frank und Rosenthal, 24) Frank, Rosenthal und Biberstein, 25) Lichtenstein, 26) u. 27) Lampé und Papazolu, 28) Steising, 29) Jaworski und Szymanowski, 30) Gudd, 31) Jonas, Schutzfermente.
Placenta, Nabelstrang, Eihäute: 32) Pankow, Placenta praevia. — 33) Sigalow-Woronel, Vorzeitige Lösung der Placenta. — 34) Scherbach, Placentardefekte. — 35) Raspini, Behandlung des Nabelstranges. — 36) Andérodias und Brandeis, Torsion der Nabelschnur. — 37) Linzenmeier, Hydrorrhoea uteri amnialis. — 38) Stern, Verwendung von Amnion zur Transplantation.

XVII. Internationaler medizinischer Kongreß
in London, 6. bis 12. August 1913.

Bericht der Deutschen medizinischen Fachpresse.

VIII. Sektion. Geburtshilfe und Gynäkologie.

Referentin: Dr. Dora Teleky-Wien.

Vorsitzender: Sir Francis H. Champneys.

Sekretär: Dr. Herbert Spencer.

I. Hauptthema:

Die Behandlung der Placentarblutungen (Placenta praevia und akzidentelle Blutung) in den letzten Monaten der Schwangerschaft.

Döderlein (München): Über die Behandlung der Placenta praevia.

Wir haben in Bayern aus den amtlichen Statistiken der Jahre 1878—1907 bei

Digitized by Google

rund 6 Millionen Geburten 8729 Fälle von Placenta praevia verzeichnet gefunden, die eine mütterliche Mortalität von 19%, eine kindliche von 50% ergaben. Krönig schätzt die Sterblichkeit der Mütter im Großherzogtum Baden auf 13—15%, Füth fand in Koblenz 19,7% mütterliche und 48,9% kindliche Mortalität. Mende im Kreise Waldenburg 15% mütterliche Mortalität.

Diese Zahlen sind noch zu klein, weil sie die nach Wochen und Monaten als Folgen der Placenta praevia und ihrer Behandlung eingetretenen Todesfälle nicht berücksichtigen. Die von v. Rosthorn für Wien und von Hammerschlag für Ostpreußen gefundenen 2—3 bzw. 8,7% Mortalität sind nicht zu verwerten, weil nur wenige Ärzte die ausgeschickten Fragebogen beantwortet haben, somit die ungünstigen Resultate gewiß fehlen. Tabelle I gibt einen Überblick über die in deutschen und außerdeutschen Kliniken verzeichneten Resultate, deren Gesamtresultat aus 5615 Fällen eine Sterblichkeit der Mütter von 8,05% und der Kinder von 54,12% ergibt. Die Gegenüberstellung dieser Zahlen gegen die aus den allgemeinen Länderstatistiken gewonnenen ergibt das wichtige Resultat, daß die Sterblichkeit der Mütter bei klinischer Behandlung etwa auf die Hälfte der allgemeinen Mortalität zu berechnen ist.

Der Unterschied der in der Tabelle I niedergelegten Sterblichkeitsverhältnisse der einzelnen Kliniken kann als Anhaltspunkt dienen für die Beurteilung der Wertigkeit der einzelnen therapeutischen Verfahren. Allerdings ist auch diese Statistik nicht einwandfrei.

Daß der künstliche Blasensprung die einfachste Behandlungsart darstellt, der dabei aber doch eine nicht zu unterschätzende Einwirkung auf die Geburtskomplikation selbst zukommt, darüber herrscht unter allen Autoren Einigkeit. Tabelle II gibt eine Zusammenstellung von 309 Fällen der Literatur, die eine mütterliche Mortalität von 0,9% und eine kindliche von 25% erweisen. Leider ist es nur eine kleine Gruppe von Fällen, in denen der Eihautstich allein zur Bekämpfung der aus der Placenta praevia hervorgehenden Gefahren genügt. Diese Einschränkung bewahrt uns auch zugleich vor Überschätzung des Wertes dieser Therapie für die Allgemeinheit.

Nächstgünstig hinsichtlich der Einfachheit der Technik ist die Behandlung der aus der Placenta praevia hervorgehenden Blutungen durch die Tamponade der Scheide, die meist aber nur eine Vorbereitung für die eigentliche Behandlung darstellt, daher statistisch nicht verwertet werden kann. Als ausschließliche Behandlungsmethode darf die Tamponade keinesfalls in Betracht kommen, wenn sie auch mitunter bei richtiger Ausführung zur raschen Bekämpfung der Blutung mit Erfolg angewendet werden mag. Die Hauptgefahr dieses Verfahrens liegt in der großen Infektionsgefahr, die auch bei peinlichster Asepsis in hohem Maße besteht, da die Scheide niemals restlos keimfrei gemacht werden kann. Durch meine und meines Assistenten Dr. Weber bakteriologische Untersuchungen bin ich zu der Forderung gelangt; die tamponierende Gaze müsse spätestens nach 6 Stunden entfernt werden. Die Tamponade soll also nur dazu dienen, die Frauen bis zum alsbaldigen Transport in eine Anstalt vor weiteren Blutverlusten und der Verblutungsgefahr zu schützen.

Die Nachteile der Metreuryse sind die Verwendung eines Fremdkörpers und die dadurch gegebene Infektionsgefahr, ferner der Umstand, daß dieser Eingriff für den Praktiker mitunter mit ziemlichen technischen Schwierigkeiten verbunden ist.

Auch die Wendung nach Braxton Hicks ist nicht frei von Schwierigkeiten

Digitized by Google

und Gefahr, die namentlich in der Enge des Cervicalkanals gelegen sind. Zu seiner Erweiterung sollen Laminariastifte und Hegar'sche Dilatatorien nicht verwendet werden, eher noch die digitale Dilatation nach Bonnaire, keineswegs aber die Bossi'schen Spreizdilatatorien. Zum Herunterziehen des Fußes habe ich mit Erfolg kleine, löffelförmige Kornzangen verwendet. Den heruntergestreckten Fuß belaste man mit 2—3 Pfund, da eine Mehrbelastung die Gefahr der Cervixrisse in sich birgt.

Tabelle III gibt die Statistik über 1434 nach Braxton Hicks behandelte Fälle. Die mütterliche Mortalität betrug 7,8%, die kindliche 73,7%. Eine Sammelstatistik Challayes von vorwiegend französischen Autoren ergibt 15,5% mütterliche und 56,7% kindliche Mortalität. Auch diese Statistik ist wegen ihrer »Reinigung« nicht einwandfrei, da niemals die Gesamtmortalität angegeben und durch die Publikation einzelner geheilter Fälle das Resultat günstig beeinflußt wurde.

Noch weniger zu verwenden ist die Statistik der Metreuryse, weil hier auch die einzelnen Verfahren sich wesentlich unterscheiden je nach der Verwendung des Materials, nach der Belastung und der Art der Beendigung der Geburt. Die durchschnittlich gefundene Zahl beträgt 6,5% mütterliche und 45,4% kindliche Mortalität (Tabelle IV).

In den letzten Jahren ist man bestrebt gewesen, andere Entbindungsverfahren bei Placenta praevia anzuwenden, die bessere Resultate zu erzielen berufen sein sollen: es sind das der abdominale und der vaginale Kaiserschnitt.

Es muß natürlich mit Nachdruck hervorgehoben werden, daß niemand daran denkt, diese chirurgischen Entbindungsverfahren den praktischen Ärzten für die Entbindung im Privathause empfehlen zu wollen. Mit der Aufnahme dieser chirurgischen Entbindungsmethoden ist die scharfe Scheidung zwischen der klinischen und der häuslichen Geburtshilfe zu einer absoluten Notwendigkeit geworden.

Der abdominale Kaiserschnitt bei Placenta praevia, der zuerst in Amerika und Italien ausgeführt wurde, ist neuerdings in Deutschland, namentlich durch die Bemühungen von Sellheim und Krönig, mehr und mehr in Aufnahme gekommen. Die Indikationsstellung für den abdominalen Kaiserschnitt ist eine beschränkte. Die wichtigste Kontraindikation ist die der möglicherweise in den Kranken selbst gelegene Infektionsgefahr. Alle auswärtig Untersuchten, namentlich aber alle Tamponierten, sind ungeeignet. Andere Kontraindikationen sind: starke vorhergegangene Blutverluste, schlechter Zustand der Frucht und endlich die Möglichkeit eines einfacheren Entbindungsverfahrens (z. B. künstlicher Blasensprung).

Bezüglich der Methode des abdominalen Kaiserschnittes gehen die Anschauungen auseinander. Sellheim bevorzugt den transperitonealen, cervicalen Kaiserschnitt, Krönig den korporalen. Jener hatte acht Fälle mit vollem Erfolg, dieser 35[1].

Der von Dührssen eingeführte vaginale Kaiserschnitt wurde auch von verschiedenen Seiten als Behandlungsmethode der Placenta praevia versucht. Er hätte den Vorteil, daß sein Indikationsgebiet weniger beschränkt wäre. Bei vaginalem Operationsverfahren ist stets Hysterotomia anterior anzuwenden.

Tabelle VI ergibt 159 Fälle der Literatur, bei denen vaginaler Kaiserschnitt angewendet wurde. Es ergab sich eine mütterliche Mortalität von 11,3%, eine

[1] Tabelle V zeigt 146 Fälle der Literatur mit einer mütterlichen Mortalität von 8,9% und einer kindlichen von 30%.

Digitized by Google

kindliche von 21,7%. Ich selbst verfüge über 88 diesbezügliche Operationen, wobei 9 Mütter gestorben sind.

Ein endgültiges Orteil über die Berechtigung des vaginalen Kaiserschnittes bei Placenta praevia ist zurzeit nicht angängig, da genügend großes Material hierzu nicht vorliegt.

Essen-Möller (Lund): Accidentelle Blutung.

Unter accidenteller Blutung verstehe ich eine durch partielle Loslösung der an normaler Stelle befindlichen Placenta entstandene Schwangerschaftsblutung. Fälle von partieller Placenta praevia und velamentöser Insertion will ich nicht mit einbeziehen, wohl aber solche, bei denen eine Ruptur des Sinus circularis die Ursache der Blutung ist. Die hierher gehörige Statistik ist sehr mangelhaft. Meyer (Kopenhagen) gibt 48 : 9900 = 0,5% an; in der Klinik von Lund wurden 29 : 6270 = 0,45% gefunden.

Gegen Ende der Schwangerschaft, mit oder ohne vorhergegangenes Trauma verspürt die Pat. plötzlich heftige Schmerzen im Abdomen; zumeist tritt auch eine erhebliche Verschlechterung des Allgemeinzustandes auf. Blässe, Schweißausbruch, Unruhe sind Zeichen einer ernsten Erkrankung. In vielen Fällen zeigt sich auch eine mehr oder minder beträchtliche Genitalblutung. Die objektive Untersuchung zeigt eine abnorme Spannung und Empfindlichkeit des Abdomens; Kindesteile sind nicht zu fühlen; der Uterus ist härter und mitunter größer, als es dem Schwangerschaftsstadium entspricht. Mitunter ist Fluktuation nachzuweisen; kindliche Herztöne sind meist nicht zu hören. In vielen Fällen findet man im Urin Albumen. Am auffallendsten ist der Kontrast zwischen der relativ geringen Blutung und dem schlechten Allgemeinzustand.

Differentialdiagnostisch kommen in Betracht: Placenta praevia und Uterusruptur.

Appendicitis, perforiertes Ulcus pentriculi müssen auch in Betracht gezogen werden, doch kann ich hierauf nicht näher eingehen.

An der uterinen Fläche der Placenta findet man ältere und frische Blutkoagula von verschiedener Größe, welche das Placentargewebe komprimieren. Die Placenta zeigt außerdem oft auch weiße und rote Infarkte sowie Blutextravasate.

Eine spezielle Form der accidentellen Blutung ist die durch Ruptur des Sinus circularis entstandene. Eine interessante Variation bilden jene Fälle, bei denen die mittleren Partien der Placenta sich gelöst haben, während ihr Rand festhaftet. Endlich müssen noch die sehr seltenen Fälle erwähnt werden, bei denen die total losgelöste Placenta auf das Orificium externum herabgesunken ist, und die leicht zur Verwechslung mit Placenta praevia führen können.

Die mikroskopische Untersuchung hat sich bisher ausschließlich mit der Placenta befaßt. Schickele unterscheidet zwei Arten der pathologischen Veränderungen: 1) Ausgedehnte Nekrose und Fibrinbildung in der Decidua, so daß das Placentargewebe vollkommen hart geworden ist, 2) primäre Blutungen in der Decidua. Im Gegensatz zu Biancardi konnte Schickele niemals entzündliche Veränderungen nachweisen.

Von größerem Interesse sind die Untersuchungen v. Weiss' über die Veränderungen der Uterusmuskulatur. Er fand Rundzelleninfiltration, multiple Blutungen und Vermehrung des interstitiellen Bindegewebes. Diese Veränderungen mögen auch die Ursache der atonischen Post-partum-Blutung sein, die öfters nach accidenteller Blutung sich einstellt. Ähnliche Befunde haben Seitz und Guérard erhoben, während andere Autoren keinerlei Veränderungen konstatieren

Digitized by Google

konnten. 1911 hat Couvelaire ausgedehnte Blutextravasate in der Uterusmuskulatur beschrieben, wie ich sie auch in 3 Fällen beobachten konnte. Außerdem sind seither noch etwa 20 derartige Fälle beschrieben worden.

Sehr wichtig scheint mir der Zusammenhang dieser Blutungen mit Nephritis zu sein. Albuminurie bei accidentellen Blutungen wurde gefunden von Aschkanasy in 34,25%, von Muus in 15 von 27 Fällen; wichtig sind auch die Untersuchungen von Hartmann, die ergeben, daß je größer die Placentalösung ist, desto häufiger Albuminurie auftritt. Immerhin folgt aus all dem noch nicht, daß die Albuminurie die Ursache der accidentellen Blutung ist. Blutungen in verschiedenen Organen (z. B. Gehirn, Retina) finden sich hauptsächlich bei interstitieller Nephritis; bei accidentellen Blutungen aber handelt es sich meist nur um eine »Schwangerschaftsniere«.

Bei 7000 Gebärenden der Klinik in Lund wurde in 11% Albuminurie gefunden, accidentelle Blutung in 0,45%. Von meinen 29 Fällen von accidenteller Blutung zeigten 11 Albuminurie (wenn ich die Fälle mit Spuren von Eiweiß mitrechne, waren es 17). Während sich also nur bei 11% aller Gebärenden Albuminurie fand, konnte diese bei accidenteller Blutung in 37—50% nachgewiesen werden. Dies kann kein zufälliges Zusammentreffen sein.

Von größtem Interesse sind jene Fälle, bei denen sich accidentelle Blutung mit Eklampsie kombiniert fand. Dieses Vorkommnis wurde schon öfters beschrieben (Muus, Bar). Wenn wir bedenken, daß einerseits bei Eklampsie häufig Blutungen in inneren Organen auftreten, daß andererseits bei accidentellen Blutungen Blutextravasate in der Uterusmuskulatur beschrieben wurden, so werden wir entschieden zu der Annahme einer gemeinsamen Ursache dieser Blutungen geführt. Dazu kommt noch, daß der Allgemeinzustand bei accidentellen Blutungen ebenso das Bild einer Intoxikation bietet wie die Eklampsie. Die Albuminurie wäre dann nur als Symptom aufzufassen, und die Frage der accidentellen Blutungen würde nur einen Teil des großen Problems der Eklampsie und Schwangerschaftstoxikosen darstellen.

Die Prognose bei accidenteller Blutung ist schlechter zu stellen als bei Placenta praevia wegen der Schwierigkeit bei der Kontrolle der Blutung und wegen der schweren Allgemeinerkrankung; immerhin könnte sie durch exaktere Diagnose und richtigere Therapie verbessert werden. Ich hatte unter 29 Fällen nur 3 Todesfälle (= 6,9%), einen infolge von Cervixruptur, einen infolge von Eklampsie. Die kindliche Mortalität ist sehr groß und dürfte wohl kaum jemals kleiner werden. Von unseren 29 Fällen starben 3 Kinder, von denen aber 6 ein Gewicht von unter 2 kg hatten.

Die geburtshilfliche Therapie umfaßt alle jene Methoden, welche per vias naturales die Entbindung beenden. Ich will mich auf die Besprechung der beiden meist umstrittenen Methoden: die Tamponade und den künstlichen Blasensprung, beschränken.

In leichten Fällen steht die Blutung oft von selbst, und die Tamponade ist überflüssig und dient höchstens zur Anregung der Uteruskontraktionen; in schweren Fällen hingegen, in denen die Uterusmuskulatur vielleicht gar nicht imstande ist sich zu kontrahieren, ist ihr Effekt zu unsicher. Hierin sind die meisten Geburtshelfer meiner Ansicht.

Viel divergierender sind die Ansichten der einzelnen Autoren über den Wert des künstlichen Blasensprunges. Während die einen diese Methode als am geeignetsten zur Anregung der Wehentätigkeit ansehen, verwerfen andere sie vollständig. Meiner Ansicht nach soll man sie auf jeden Fall versuchen. Mitunter

Digitized by Google

wird sie zur Beendigung der Geburt ausreichen; ist dies aber nicht der Fall, oder tritt eine Verschlimmerung des Allgemeinzustandes ein, dann müssen andere Maßregeln angewandt werden: bei erweitertem Muttermund Extraktion, bei geschlossener Cervix aber chirurgische Eingriffe.

Außer den tiefen Inzisionen nach Dührssen, die mitunter gute Dienste leisten, und der mir minder gut erscheinenden Bossi'schen Methode kommt in allererster Linie der Kaiserschnitt in Betracht, entweder vaginaler oder klassischer, konservativer oder gefolgt von Uterusexstirpation. Die schlechte Prognose der Erkrankung, die intramuskulären Blutungen, welche die Kontraktion hindern, die atonischen Post-partum-Blutungen geben in schweren Fällen eine hinreichende Indikation (Bar, Hofmeier, Kerr u. a.). Ob man die abdominale oder die vaginale Methode anwenden soll, das ist Geschmacksache. Ich persönlich ziehe die abdominale vor, weil sie schneller zum Ziele führt und größere Übersicht bietet.

Soll nach der Sectio der Uterus entfernt werden oder nicht?

Da aus dem makroskopischen Aussehen des Uterus nicht auf seine Kontraktionsfähigkeit geschlossen werden kann, pflege ich nach der Entfernung der Frucht einige Minuten zu warten und bei mangelnden Kontraktionen und anhaltender Blutung die Exstirpation des Organes anzuschließen.

Bei der Beantwortung dieser Frage wäre auch noch der Umstand mitzuerwägen, daß häufig in mehreren Schwangerschaften bei derselben Frau accidentelle Blutung beobachtet wurde. Ein solches wiederholtes Auftreten der Erkrankung wäre aber durch Tubensterilisation einfacher zu verhindern.

Schlußfolgerungen:

1) Es gibt zwei genetisch verschiedene Formen von accidenteller Blutung. Die ein beruht auf Trauma, die andere auf derselben toxischen Grundlage wie Albuminurie und Eklampsie.

2) Die entzündlichen und degenerativen Vorgänge, welche an Placenta, Decidua und Uteruswand beobachtet worden sind, sind für die accidentelle Blutung nicht charakteristisch.

3) Die ausgedehnten Blutungen in die Uterusmuskulatur (»Apoplexie utéroplacentaire« von Couvelaire) sind wahrscheinlich charakteristisch für die »eklamptische« Form der accidentellen Blutung.

4) Durch eine rationelle Therapie kann es möglicherweise gelingen, die mütterliche Mortalität herabzusetzen.

5) Die gebräuchliche »geburtshilfliche« Therapie soll in erster Linie angewandt werden.

6) Tamponade der Vagina kann mitunter von Nutzen sein, ich persönlich habe zu dieser Methode kein Vertrauen.

7) Der Wert des künstlichen Blasensprunges muß von Fall zu Fall beurteilt werden. In manchen Fällen genügt er, in anderen nicht.

8) In schweren Fällen mit geschlossener Cervix ist der Kaiserschnitt die sicherste und rascheste Methode zur Beseitigung der Gefahr.

9) Uterusexstirpation ist nur dort nötig, wo nach Entfernung der Frucht Kontraktionen ausbleiben und die Blutung fortbesteht.

Diskussion über das erste Hauptthema:

Nagel (Berlin): Die Sectio caesarea ist unausführbar bei Placenta praevia in der allgemeinen Praxis. Hier ist Braxton Hicks' Methode am Platze, mit der ich ebenso gute Resultate erhalten habe wie andere mit dem Kaiserschnitt. Alle meine Fälle rekrutieren sich aus der Armenpraxis von Berlin, somit aus mehr

Digitized by Google

als primitiven Verhältnissen. Von meinen 50 Fällen starben 2 infolge langdauernder Blutung, ehe ich intervenieren konnte; von 44 aufeinanderfolgenden Fällen starb keiner, und keine von den 48 überlebenden Müttern wurde infiziert. Von den 50 Müttern waren 4 Erstgebärende, 46 Mehrgebärende; 26mal war das Ende der Schwangerschaft erreicht oder nahezu erreicht, 24mal handelte es sich um Frühgeburten. 2mal handelte es sich um Placenta praevia marginalis, 20mal um Placenta praevia centralis, 28mal um Placenta praevia lateralis (18mal nach links, 5mal nach rechts, 5mal unbestimmt). 36mal lag das Kind in Schädellage, 9mal in Querlage, 4mal in Fußlage, 1mal in Steißlage.

40mal führte ich die kombinierte Wendung aus (1mal Zwillinge), 4mal die innere Wendung. In den 5 Fällen von Beckenendlagen holte ich den Fuß herunter. In 3 Fällen von Schädellage genügte die Sprengung der Blase, indem der Kopf nach dieser alsbald in das Becken trat.

Nach vollzogener Wendung bzw. nach Herunterschlagen des Fußes wurde die Geburt meist den Naturkräften überlassen. Nur in 3 Fällen von innnerer Wendung und in 7 Fällen von kombinierter Wendung wurde die Extraktion angeschlossen, aber erst nachdem der Muttermund vollkommen erweitert war.

Erhöhte Temperatur und vermehrte Pulsfrequenz bei Übernahme des Falles wurde 4mal festgestellt; trotzdem verlief das Wochenbett in allen diesen Fällen normal.

Die Nachgeburtsperiode verlief 44mal in üblicher Weise, indem die Placenta nach vollzogener spontaner Lösung mittels des Crédé'schen Handgriffes leicht exprimiert wurde. In 8 von diesen 44 Fällen trat eine mehr oder weniger ausgesprochene Atonie ein, die durch Reiben des Uterus beseitigt wurde. In 6 Fällen war infolge starker Blutung eine manuelle Placentalösung nötig.

Das Wochenbett verlief 40mal ohne Störung, 8mal trat in den ersten Tagen Temperatursteigerung bis zu 40° ein, zum Teil verbunden mit übelriechendem Ausfluß. Bei dieser Komplikation wurden stets Uterusspülungen mit $^1/_2$%iger Lysoformlösung gemacht. In allen 8 Fällen nahm das Wochenbett später einen normalen Verlauf und die Wöchnerinnen wurden geheilt aus der Behandlung entlassen.

Von den Kindern kamen 16 lebend zur Welt, 35 (1mal Zwillinge) wurden totgeboren. In 10 Fällen wurde vor der Geburt der Tod bzw. Asphyxie des Kindes festgestellt. Unter den 35 Totgeborenen waren 23 (1mal Zwillinge) unreife Kinder.

Recasens (Madrid): Alle Schwangerschaftsblutungen beruhen auf Abnormitäten der Placenta: 95% rühren von tiefem Sitz der Placenta her, 5% haben andere Ursachen: Varizen, Abnormitäten der Cervix, vorzeitige Placentalösung, die aber nicht verwechselt werden darf mit falschem Sitz der Placenta. Dieser kann marginal, zentral oder lateral sein. In jedem speziellen Falle reagiert der Uterus anders. Mitunter findet sich bei lateralem Sitz eine starke Blutung, oft bei zentralem gar keine. Es lassen sich daher keine bestimmten Regeln aufstellen, sondern man muß jeden Fall für sich behandeln und seine äußeren Umstände mit in Betracht ziehen:

Im allgemeinen hat die Therapie sich an folgende Richtlinien zu halten:

I. Bei wiederholten, schwachen Blutungen: künstlicher Blasensprung und Pituitrininjektion.

II. Bei starken Blutungen: rasche Beendigung der Geburt:

a. Bei lebendem Kinde und marginaler Insertion der Placenta: Eihautstich, Cervixerweiterung (bei Multiparen Ballon, bei Primiparen eventuell tiefe Inzisionen nach Dührssen).

Digitized by Google

Bei Primiparen mit Placenta praevia centralis und starken Blutungen ist der Kaiserschnitt indiziert.

R. macht niemals extraperitoneale, sondern stets klassische Sectio und verfügt über 11 derartige Fälle ohne Todesfall.

Die Kindersterblichkeit bei Braxton Hicks und Ballondilatation ist sehr groß.

Byers (Belfast) hatte die besten Erfolge mit der Methode von Braxton Hicks. Auch künstlicher Blasensprung mit nachfolgender Tamponade gaben ihm ebenso gute Resultate wie anderen die Sectio caesarea. Er hält sich an die »Irische Methode«, d. i.

1) Blutstillung durch feste Tamponade,

2) Bekämpfung der Anämie durch entsprechende Lagerung, Kochsalzinfusion, Strychnininjektionen usw.,

3) exakte, sorgfältige Überwachung,

4) Entfernung des Tampons nach 4 Stunden,

5) bei Ausbleiben der Wehen und offenem Muttermund: Forceps, Placentalösung,

6) Einhaltung strengster Asepsis.

Veit (Halle a. S.): Das Eiweiß des Harnes bei Schwangerschaftsniere gibt ebenso wie das bei accidenteller Blutung die Reaktion von Abderhalden; es ist also fötales Eiweiß und verschwindet auch sofort nach der Entbindung. Die Pathogenese erklärt V. auf folgende Weise: Verstopfung der zentralen Vene eines Cotyledo mit Blutstauung im intervillösen Raum und Placentaablösung. Bezüglich der Therapie stimmt V. völlig mit Döderlein überein, nur verwirft er die Tamponade völlig. Handelt es sich in der Privatpraxis um eine bedrohliche Blutung, so muß man die kombinierte Wendung ausführen und dann zuwarten. Ist die Blutung nicht bedrohlich, muß die Pat. sofort in die Klinik transportiert werden. Dort hat die Therapie strenge zu individualisieren: womöglich Blasensprengung oder — bei weitem Muttermund — sofortige Entbindung, sonst aber Hysterotomia anterior ohne Eröffnung des Peritoneums, die bei Multiparen ohne jegliche Narkose ausgeführt werden kann. Bei Primiparen muß man besonders vorsichtig sein, weil hier ein infantiler Uterus vorliegt; oft wird Sectio caesarea das Beste sein.

Differentialdiagnostisch stimmt V. mit Essen-Möller überein: schlechtes Allgemeinbefinden, Schmerzen, Härte des Uterus und Albuminurie sprechen für accidentelle Blutung. Die Therapie der letzteren bestehe in möglichst schneller Ausführung der Hysterotomia anterior.

V.'s Statistik der Hysterotomia anterior bei Placenta praevia ist: 1 mütterlicher Todesfall auf 3 Operationen. Dieser Todesfall ist in Döderlein's Statistik schon erwähnt.

Jardine (Glasgow) wendet bei geschlossener Cervix Tamponade und Pituitrininjektionen an. Gegen den Shock gibt er Kochsalzinfusionen und Strychnininjektionen. Er sah in keinem einzigen Falle eine Post-partum-Blutung und weist besonders nachdrücklich auf den Wert des Pituitrins bei der Behandlung der Placenta praevia hin.

Dickinson (Brooklyn) hält es für unbedingt nötig, im klinischen Unterricht immer wieder zu betonen, daß jede Frau mit Schwangerschaftsblutung in die Klinik gehört. Für das Accouchement forcé, das er zumeist anwendet, empfiehlt er zunächst die Anwendung eines sanduhrförmigen Ballons (Palmeroy), weil dieser den anatomischen Verhältnissen am besten entspricht.

Davis (Philadelphia) hält diejenige Methode für die beste, bei der die ge-

Digitized by Google

ringste Infektionsgefahr ist. Schwere Fälle gehören in die Klinik. Womöglich soll künstlicher Blasensprung gemacht werden, sonst Sectio caesarea. Er weist auf 14 schwere Fälle hin (davon 3 hochgradigst ausgeblutet), bei denen er abdominale Sectio gemacht hat. In allen erzielte er vollkommene Heilung und lebende Kinder.

Bar (Paris): Die französischen Kliniker schließen sich den von Döderlein und Essen-Möller dargelegten Prinzipien an und verwerfen die Tamponade wegen der mit ihr verbundenen Infektionsgefahr. In 162 Fällen hatte er eine mütterliche Mortalität von 8,6%, und zwar starben 6% infolge von Infektion, 2,5% an Anämie, einen Fall verlor er durch sofortige Verblutung (= 0,62%).

Blutende Fälle gehören in die Klinik. Anzuwendende Eingriffe sind: Eihautstich, Metreuryse (nach Champetier de Ribes), abdominale Sectio (eventuell mit Uterusamputation), nur ausnahmsweise vaginale. Niemals darf — wenn eine sofortige Intervention nötig ist — zur forzierten Cervixdilatation geschritten werden. Auch er ist wie Essen-Möller der Ansicht, daß die retroplacentären Blutungen den Leberblutungen bei Eklampsie entsprechen.

La Torre (Rom) glaubt beobachtet zu haben, daß die Placenta praevia besonders häufig bei der armen Landbevölkerung vorkommt und führt dies auf die häufigen, vernachlässigten Metritiden und Endometritiden zurück, die er als Ursache der abnormen Einidation ansieht.

Für den Landarzt ist auch die Methode von Braxton Hicks oft zu schwierig. Er empfiehlt die Methode von Deventer, mit der er in 4 Fällen gute Resultate erzielt hat. Sie besteht darin, daß mit der ganzen Hand in den Uterus eingegangen und ein Fuß herabgeholt wird.

Guzzoni (Siena) ist durch seine zahlreichen, in der Klinik beobachteten Fälle zu der Überzeugung gelangt, daß die beste Methode die der Berliner Schule ist mit einigen Modifikationen der Schule von Pavia.

Sie bestehen in folgendem:

1) Bestimmung des Sitzes der Placenta,

2) Bestimmung der Lage der Frucht.

Bei Placenta praevia lateralis und Längslage des Fötus: Eihautstich oder bei starker Blutung Ballon und Extraktion. Bei Placenta praevia lateralis und Querlage oder bei Placenta praevia centralis mit was immer für einer Lage: Tamponade, Ballon (Champetier), Braxton Hicks und schonende Extraktion. Bei sehr starker Blutung und geschlossener Cervix macht er abdominale Sectio caesarea.

Munro Kerr (Glasgow) schließt sich im wesentlichen seinem Vorredner an.

Murdoch Cameron (Glasgow) will bei der Indikationsstellung in erster Linie die äußeren Umstände berücksichtigt wissen. In dringenden Fällen macht er Vaginaltamponade, kombiniert mit Abdominalkompression. Im allgemeinen hält er Braxton Hicks für schwierig und gefährlich, ebenso wie die Sectio caesarea, bei der man allzu leicht auf die Placenta einschneiden könne.

De Lee (Chicago) hält es für äußerst wichtig, das Publikum auf die Gefahr der Schwangerschaftsblutungen aufmerksam zu machen, dann könnten vielleicht noch manche Fälle durch eine rechtzeitige Sectio caesarea gerettet werden. Die toxämischen Ursachen der Schwangerschaftsblutungen haben Ähnlichkeit mit denen der Hämophilie. Er empfiehlt die älteren Methoden und warnt vor der Anwendung des Pituitrins und anderer wehenverstärkender Mittel, weil sie das untere Uterinsegment gefährden.

Hastings Tweedy (Dublin) meint, jede Blutung müsse auf Tamponade stehen, vorausgesetzt, daß richtig tamponiert worden sei. Die einzige Methode

Digitized by Google

der Blutstillung bestünde in der Kompression der Blutgefäße. Die Erfolge mit Braxton Hicks' Methode sind gut, nur stößt diese mitunter auf große Schwierigkeiten.

Riceouto (Trapani, Italien) hat in den letzten 6 Jahren 15 Fälle von Placenta praevia behandelt, und zwar 14 in der Klinik, 1 privat. Er hatte keinen mütterlichen Todesfall; 1 Kind starb kurz vor dem Eingriff. Seine Methode ist das Accouchement forcé nach Celso, Parè u. a., das er in tiefer Narkose ausführt. Im Bedarfsfall erweitert er den Cervicalkanal mittels Dührssen'scher Inzisionen oder Bossi'scher Dilatatoren. Das Accouchement forcé führt in allen Fällen zum Ziele und kann überall und von jedem Arzt ausgeführt werden; es gibt die beste Prognose für Mutter und Kind. Bei der Behandlung der Placenta praevia kommt alles auf die Schnelligkeit an, daher hält er Tamponade, heiße Spülungen, Eihautstich für Zeitverschwendung. Braxton Hicks gibt schlechte Resultate für das kindliche Leben. Cervixrisse müssen sofort genäht werden; das ist die beste Art der Blutstillung.

Frank (Köln): Erfahrungen über den subkutanen Symphysenschnitt.

Die Beckenerweiterungen — mögen sie heißen wie sie wollen — haben heute fast abgewirtschaftet. Die Ursache hierfür sind die schlechten Erfahrungen, die gemacht wurden mit Blutungen und Hämatomen infolge der Nähe der großen erweiterten Gefäßsysteme, mit Sepsis infolge der Nähe der Harnröhre und Scheide, ganz abgesehen von den zahlreich beschriebenen Zerreißungen und Funktionsstörungen. Wenn es jedoch gelingen könnte, die Wunde vor Infektion zu schützen und die Blutungen und gefährlichen Zerreißungen zu vermeiden, dann wäre die Beckenerweiterung eine der schönsten, einfachsten, segensreichsten Operationen, die es in der ganzen Geburtshilfe gibt.

Ich glaube mit dem subkutanen Symphysenschnitt kommen wir diesem Ziel ein Stück näher. Diese Operation hat so wie die suprasymphysäre Entbindung und der Kaiserschnitt ihre bestimmte Indikation.

Die Operation soll eine wirklich subkutane sein, die äußere Wunde nicht größer wie die Breite des eingeführten Messers, welches das einzige Instrument bleiben soll. Die Klitoris mit ihren Corpora cavernosa und die Harnröhre werden mit der linken Hand so stark wie möglich vom unteren Symphysenrand abgedrängt, so daß gleichsam zum Schutze zwischen dem unteren Symphysenrand und den Bulbi vestibuli die Finger der linken Hand mit der eingestülpten Haut liegen. Es wird direkt mit dem Skalpell auf die Mitte der Symphyse eingestochen und, ohne den Weichteilschnitt zu vergrößern, subkutan erst der untere Teil der Symphyse mit dem Ligamentum arcuatum durchschnitten. Dann wird das Messer, ohne daß es den Stichkanal der Weichteile verlassen hat, aus der Symphyse herausgezogen, mit der Schneide gegen die vordere Seite der oberen Symphysenhälfte gerichtet und diese dann von vorn nach hinten durchschnitten. Der Einstich wird sofort durch einen tiefgehenden Catgutfaden geschlossen, kann aber auch zunächst mit einem sterilen Tupfer bedeckt werden, wenn der Operateur, wie bei der Extraktion des nachfolgenden Kopfes, keine Zeit zu verlieren hat. Die Naht wird dann erst nach der Geburt angelegt. Bestimmte Maßregeln sind bei der Assistenz einzuhalten. Die Operation läßt sich — wenn nicht unmittelbar die Entbindung angeschlossen wird — leicht unter lokaler Anästhesie machen.

Ich verfüge derzeit über 117 von mir selbst operierte Fälle, von denen 28 Erstgebärende waren. Bei diesen 28 mußte nach der Operation 2mal hohe Zange, 3mal Wendung und Extraktion bzw. nur Extraktion gemacht werden. 1 Fall kam

Digitized by Google

infolge von Peritonitis ad exitum. doch hatte schon vor der Geburt Fieber bei gonorrhoischer Infektion bestanden. Bei 1 Falle blieb als Nachkrankheit Incontinentia urinae zurück.

Bei den 89 Mehrgebärenden mußte 4mal hohe Zange, 27mal Wendung und Extraktion bzw. nur Extraktion gemacht werden. Es fand sich hier kein Todesfall und keine Nachkrankheit.

Auch ich stehe auf dem Standpunkt, daß man bei Erstgebärenden die Beckenerweiterung möglichst vermeiden soll und machte den subkutanen Symphysenschnitt bei ihnen nur im Notfalle, wenn der Kopf bei der prophylaktischen Wendung hängen blieb, oder der Kopf schon im Beckeneingang eingekeilt war, und die Entwicklung durch die suprasymphysäre Entbindung auch nicht mehr unbedenklich war.

Ich habe die Operation bei Nabelschnurvorfall auch bei nicht vollständig verstrichenem Os externum gemacht, wobei ich dieses dann inzidieren mußte. Auch habe ich mit gutem Resultat bei schon erschöpfter Wehenkraft operiert. Bei vernachlässigten Querlagen, bei starker Verdünnung des unteren Uterinsegmentes, stark ausgeprägtem Kontraktionsring ist unter allen Umständen die suprasymphysäre Entbindung am Platze, doch sehe ich Temperaturerhöhungen und schnellen Puls nicht als Kontraindikation für den subkutanen Symphysenschnitt an. Tödliche Blutungen, spätere Gehstörungen, Pyämie habe ich trotz der weiten Indikationsstellung niemals erlebt.

Kudoh (Soeul, Korea, Japan): Zum Studium der Histogenese der Ovarialdermoide.

Ausführliche Besprechung der einschlägigen Literatur, hierauf eingehende Besprechung von 5 selbst beobachteten Fällen mit genauer mikroskopischer Untersuchung. In sämtlichen Präparaten fanden sich Derivate aller drei Keimblätter. K. ist daher gegen die Theorie der versprengten Hautteile und gegen die Bandler'sche Theorie der ektodermalen Einstülpung, sondern glaubt an die Entstehung der Ovarialdermoide aus einer unbefruchteten Eizelle (Wilms-Pfannenstiel).

Davis (Philadelphia): Die chirurgische Behandlung der Koliinfektion in der Schwangerschaft.

Die Infektion mit Bacillus coli communis in der Schwangerschaft betrifft entweder Nierenbecken oder Appendix und Dickdarm. Die Symptome der Schwangerschaftspyelitis sind: Fieber, Schüttelfrost, Schmerz in der Nierengegend, vermehrte Leukocytose. Der Urin ist sauer und enthält reichlich Leukocyten und Kolibazillen. Die Gefahren der Infektion sind: allgemeine Sepsis, multiple Nierenabszesse, Fruchttod und Unterbrechung der Schwangerschaft. Die interne Medikation besteht in Bettruhe, Milchdiät, reichlicher Flüssigkeitszufuhr, Urotropin und milden Diuretizis. Die lokale Behandlung besteht in Ureterenkatheterismus und Spülungen des Nierenbeckens mit verdünnten antiseptischen Lösungen. Führen diese therapeutischen Maßnahmen nicht in absehbarer Zeit zum Ziel, so ist die chirurgische Behandlung indiziert.

D. hat in 3 Fällen von rechtseitiger Pyelitis erfolgreich mit Bloßlegung der Niere, Inzision an ihrer konvexen Fläche und Drainage des Nierenbeckens behandelt In keinem Falle kam es zum Abortus. Jedesmal wurde auch die Appendix wegen chronischen Katarrhs entfernt.

D. berichtet ferner über einen Fall einer Erstgebärenden, die nach spontaner Entbindung an Puerperalfieber erkrankte. Es wurden keine Streptokokken gefunden und, da keine peritonitischen Symptome bei allgemeiner Schmerzhaftig-

Digitized by Google

keit des Abdomens vorhanden waren, die Diagnose Pyosalpinx gestellt. Bei der Eröffnung des Abdomens wurde die verdickte Appendix entfernt; ihre Schleimhaut war gerötet und geschwollen. Übrige Beckenorgane normal. Colon transversum und descendens verdickt, gerötet, stellenweise ulzeriert. Frische Adhäsionen werden gelöst, Drainage des Beckens und speziell des Appendixstumpfes. Heilung. Widal war negativ; Parasiten wurden in den Fäces nicht gefunden; keinerlei Anhaltspunkte für Syphilis, Gonorrhöe oder Tuberkulose. Es wurde daher die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Kolitis infolge exzessiver Koliinfektion gestellt.

An diesen Vortrag schloß sich eine längere Diskussion an:

Bar (Paris) bezeichnet als die drei häufigsten Koliinfektionen die eitrige Nephritis, die Appendicitis und die Cholecystitis. Der häufigste diagnostische Irrtum bei der Nierenlokalisation ist die Verwechslung mit latenter Tuberkulose. Seine Therapie bei Pyelitis besteht in interner Medikation und in Ureterenkatheterismus mit folgender Drainage, was aber nach dem 7. Schwangerschaftsmonat meist nicht mehr möglich ist. Die Nephrotomie ist selten indiziert, da meist 6 Wochen post partum die Heilung spontan eintritt und man daher ruhig zuwarten kann. Wird dennoch ein Eingriff nach dem 8. Schwangerschaftsmonat nötig, so zieht er die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft vor, da es sich ja doch zumeist um eine beiderseitige Nierenerkrankung handelt. Auch im 6. und 7. Monat hilft die Nephrotomie nicht immer, und es muß ihr doch noch die Einleitung der Frühgeburt folgen. B. kennt vier derartige Fälle.

Weibel (Wien) berichtet über seine an der Klinik Wertheim's gemachten hierhergehörigen Erfahrungen. Die Schwangerschaftspyelitis wird immer konservativ mit lange Zeit fortgesetzten Spülungen des Nierenbeckens behandelt. Künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft wurde niemals gemacht. Sämtliche Mütter und Kinder leben. Zur Differentialdiagnose gegen Appendicitis wird Ureterenkatheterismus geübt.

Wallich (Paris): Ein Drittel aller Schwangerschaftsalbuminurien beruhen auf durch Koli hervorgerufenen Eiterungen der Harnwege, deren Ursache wiederum häufig eine chronische Obstipation ist. Oft tritt durch die bloße Beseitigung der letzteren Heilung ein, und man erspart sich jeden chirurgischen Eingriff.

Recasens (Madrid): Organtherapie in der Gynäkologie.

Die Beziehungen, die zwischen Infantilismus, Dysmenorrhöe und Ovarialhypoplasie bestehen, haben mich veranlaßt, einige derartige Fälle mittels Organtherapie zu behandeln. Die Schwierigkeit dieser Therapie besteht darin, daß wir gezwungen sind, artfremde Organextrakte zu verwenden, da es aus ethischen Gründen nicht angeht, die Organe eines gesunden Individuums zu entfernen. Anders aber verhält sich die Sache, wenn es uns gelingt, das bei einer Operation gewonnene Material zu verwerten. So habe ich Ovarienextrakt von myomoperierten Frauen — ich will ihn kurz Ovariomyom nennen — benutzt, der bei weitem wirksamere Hormone enthält als die tierischen Ovarialpräparate. Es ist eine lang bekannte Tatsache, daß man bei Uterusmyomen Veränderungen an den Ovarien findet: makroskopisch kenntlich durch Volumsvermehrung, mikroskopisch durch Hyperplasie der interstitiellen Zellen des Stromas. Diese Veränderungen sind als Folgen der myomatösen Erkrankung aufgefaßt worden, ich halte sie jedoch für die Ursachen derselben. Die Überproduktion von Muskel- und Bindegewebselementen bei Myom hat eine gewisse Ähnlichkeit mit den Uterusveränderungen in den ersten Monaten der Schwangerschaft, bei der ja stets eine Hyperaktivität der Ovarien vorliegt. Histologisch ist die Bildung des Corpus luteum in der Schwangerschaft charakterisiert durch eine Hyperproduktion von interstitiellen

Digitized by Google

Stromazellen, die als protektiver Faktor der inneren Sekretion der Ovarien angesehen werden.

Ein anderes wichtiges Phänomen ist die Wirkung der Ovarialfunktion auf die Uterusmucosa in der prämenstruellen Zeit, die von Hitschmann und Adler genau histologisch beschrieben wurde.

Alle diese Erwägungen führten mich zu der Annahme eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen den Veränderungen des Ovarialstromas und der myomatösen Hyperplasie des Uterus.

Andere hierhergehörige Tatsachen sind der Wachstumsstillstand des Neoplasmas bei Aufhören der Ovarialfunktion, ferner die Art, in welcher die Röntgen- und Radiumbestrahlung auf die Myome einwirkt, nämlich stärkste Einwirkung zur Zeit der Menopause, wo das Ovarium hauptsächlich aus Stromazellen besteht.

Auf diesen Ergebnissen basiert meine Organtherapie.

Ein Drittel aller Fälle von Dysmenorrhöe bei jugendlichen, virginalen Individuen beruht auf Infantilismus des Uterus, der mit einer mangelhaften Entwicklung der Ovarien einhergeht. Bei einer großen Zahl von Frauen hören die dysmenorrhoischen Beschwerden nach Aufnahme eines regelmäßigen Sexualverkehrs, der die Entwicklung der Ovarien fördert, auf; bei anderen jedoch bestehen sie trotzdem fort, sei es wegen anatomischer Anomalien der Ovarien, sei es wegen originärer, funktioneller Störungen. Ihr Uterus bleibt hypoplastisch, seine Schleimhaut erreicht niemals den normalen prämenstruellen Charakter. Neben der Dysmenorrhöe besteht in diesen Fällen zumeist auch Sterilität.

Eine andere Erscheinungsform der mangelhaften Ovarialfunktion bieten die Fälle von cystischer Degeneration. Nach einer Periode der Hyperaktivität — gekennzeichnet durch Menorrhagien usw. — werden die Menstrualblutungen immer schwächer und hören schließlich ganz auf, wobei allgemeine, pseudohysterische Symptome auftreten.

Ich habe also bei Ovarialinsuffizienz den Ovarialextrakt myomkranker Frauen therapeutisch versucht, von der Annahme ausgehend, daß ihm eine erhöhte innersekretorische Wirksamkeit zukomme.

Die verwendeten Ovarien entstammen sonst gesunden, myomoperierten Frauen von unter 35 Jahren. Die sterilen Extrakte wurden in Ampullen von 1 und 2 ccm aufbewahrt.

Auffallend war in allen Fällen die blutdruckerhöhende Wirkung des Ovariomyoms. Ich verfüge leider nur über 7 mit meiner Therapie behandelte Fälle. — Die Art der Anwendung ist subkutane Injektion jeden 3. Tag, durch einen oder auch mehrere Monate fortgesetzt. In 2 Fällen von Amenorrhöe erzielte ich Heilung, in 2 Fällen blieb die Behandlung erfolglos. 3 Fälle von Dysmenorrhöe und Oligomenorrhöe wurden geheilt; bei einem Falle kam es nach der Behandlung sogar zu einer Konzeption.

Die Zahl der Fälle ist noch zu gering, um ein endgültiges Urteil über meine Therapie zu gestatten.

Fabre (Lyon): Externe Hysterographie.

Unter Hysterographie verstehe ich eine Methode der automatischen Registrierung der Uteruskontraktionen während der Geburt. Als extern bezeichne ich jene Hysterographie, bei der die Meßapparate auf der Bauchdecke angebracht werden.

Die Uteruskontraktion beruht auf der austreibenden Kraft des Uterus, und

Digitized by Google

über Art und Variationen dieser Kraft gibt uns die Hysterographie besser Aufschluß als Palpation, Chronometer und die subjektiven Angaben der Pat. (Beschreibung des Apparates, der im wesentlichen aus einer Metallplatte mit Zeiger, einer Marey'schen Trommel und zwei rotierenden Zylindern besteht.)

Vorteile der hysterographischen Methode: Sie kann zu jeder Zeit der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes ohne Gefahr angewendet werden.

Die Atmungen und Bewegungen der Frucht stören die Kurven nicht. Der Apparat provoziert keine abnormen Wehen und wird leicht ertragen.

Durch die mit meinem Apparat gemachten Untersuchungen bin ich zu folgenden Resultaten gelangt: Die Hysterographie gibt nicht nur Aufschluß über die physiologische Wehentätigkeit, sondern auch über die Wirkungsweise verschiedener Medikamente.

Kleine Dosen von Chloralhydrat bewirken ein Aufhören der Schwangerschaftswehen und eine Regulierung der Geburtswehen.

Kleine Dosen von Zucker, Pituitrin und Ergotin wirken wehenerregend.

Morphin vermindert die Intensität abnorm starker Wehen; Skopolamin sistiert die Wehentätigkeit.

Chloroforminhalation bewirkt auch schon in ganz geringen Mengen eine Abschwächung der Wehen; Ätherinhalationen haben weniger Einfluß auf die Intensität der Wehen.

Durch Kombination von Chloralhydrat, Äther und Morphium ist es unter der Kontrolle des Hysterographen möglich die Wehenschmerzen zu vermindern ohne die Wehentätigkeit herabzusetzen und ohne das kindliche Leben zu gefährden.

Nubiola (Barcelona): Elektrokardiographische Untersuchungen während der Schwangerschaft.

1) Das Elektrokardiogramm der Schwangeren zeigt, daß die Hyperfunktion sich auf das ganze Herz erstreckt; die relative Funktion der einzelnen Herzabschnitte ist normal.

2) Das Elektrokardiogramm ist sehr wertvoll zur Beurteilung von Herzerkrankungen während der Schwangerschaft.

3) Durch Anwendung einer vaginalen Elektrode kann man auch ein Elektrokardiogramm des Fötus aufnehmen.

Die Vormittagssitzung des II. Kongreßtages fand gemeinsam mit der Sektion für Pädiatrie und der Sektion für Hygiene und soziale Medizin statt. Diskussionsthema war:

II. Hauptthema:

Kindersterblichkeit in den vier ersten Lebenswochen[1].

I. Referent: Chalmers (Glasgow).

II. Referent: Koplik (New York).

Zu den intrauterinen Ursachen der frühen Kindersterblichkeit gehören hereditäre Anlage und Konstitutionskrankheiten der Mutter. Eine eigene Gruppe bilden jene Kinder, bei denen Frühgeburt oder Geburtstrauma Todesursache ist. Die künstlich ernährten Kinder zeigen eine bedeutend größere Mortalität. (Genaue Statistik der frühen Kindersterblichkeit in Europa und Amerika mit Berücksichtigung der sozialen Verhältnisse und der Legitimität.) Fürsorgeeinrichtungen für Schwangere, Stillende und Säuglinge könnten die Kindersterblichkeit bedeutend vermindern, desgleichen die Vervollkommnung der Geburtshilfe und Asepsis.

[1] Genauer referiert in der pädiatrischen Sektion.

Digitized by Google

III. Referent: Wallich (Paris).

Die Kindersterblichkeit ist im 1. Lebensmonat größer als in den sämtlichen anderen Monaten des 1. Lebensjahres, sie zeigt zwei Kulminationspunkte, einen in der ersten, einen in der dritten Lebenswoche.

Geburtshilfliche Verletzungen spielen keine sehr große Rolle; das Geburtstrauma als solches schadet meist nur den Frühgeborenen. Gastrointestinale Erkrankungen sind eine häufige Todesursache; auch sie finden sich meist bei Frühgeborenen. Auffallend wird die Mortalität von den sozialen Verhältnissen beeinflußt; illegitime Kinder weisen die größte Sterblichkeitsziffer auf.

Die in Frankreich bestehenden Fürsorgeeinrichtungen sind sehr mangelhaft. Durch Schwangerenschutz und Mutterschaftsfürsorge in den ersten Lebensmonaten des Kindes könnte die kindliche Mortalität wesentlich herabgesetzt werden.

In der Diskussion weist Veit (Halle a. S.) darauf hin, daß alle Referenten sich zu wenig mit der Syphilis als Sterblichkeitsursache beschäftigt haben. Bei 25—40% aller Frauen, welche als Ammen gehen wollen, findet sich positive Wassermann'sche Reaktion. Bei den Kindern findet man in den ersten Lebenswochen selten manifeste Syphilis. Die Beratungsstellen für Schwangere und Säuglinge sollen auch auf die Schwangeren in den ersten Monaten ausgedehnt werden. Sehr wichtig ist die Salvarsanbehandlung in der Schwangerschaft. Sie soll so lange fortgesetzt werden, bis die Wassermann'sche Reaktion negativ ist.

Sir Francis Champneys (London) tritt für das Selbststillen der Mütter ein, ebenso Chambrelent (Bordeaux) und Amand Routh (London).

Byers (Belfast) spricht über den Wert aseptisch gemolkener Milch für die künstliche Ernährung, Mrs. Scharlieb (London) über die Schwierigkeiten, auf die die Propaganda für das Selbststillen oft bei Ärzten und Hebammen stößt, Pechère (Brüssel) über hereditäre Syphilis.

Peckter (Paris) erzählt von der Tätigkeit und den Erfolgen der Assistance publique auf dem Gebiete der Säuglingsfürsorge.

Mrs. Ivens (Liverpool) spricht über die ungünstigen Lebensverhältnisse der Schwangeren der ärmeren Bevölkerungsklasse.

Pritchard (London) führt viele Infektionen der Neugeborenen auf die übermäßigen Waschungen und Abreibungen zurück.

De Lee (Chicago) schildert in vielleicht etwas übertriebener Weise die Gefahren, von denen auch bei normal verlaufender Geburt Mutter und Kind bedroht sind.

Ihm antwortet Nagel (Berlin) und protestiert namentlich gegen seinen Ausspruch, daß die Austreibungsperiode nicht länger als 2—3 Stunden dauern dürfe. Die Durchführung solcher Prinzipien bei der Geburtsleitung würde das größte Unglück für Mutter und Kind bedeuten.

Auch Herbert Spencer (London) teilt nicht De Lee's Ansichten über die Gefahren der normalen Geburt. Er weist auf sich selbst hin als siebentes von lauter kräftigen Geschwistern, die alle von der Mutter selbst gestillt worden sind.

Eden (London) ist gegen jede künstliche Ernährung. Muttermilch darf im Notfalle nur durch Ammenmilch ersetzt werden.

Auch Munro-Kerr (Glasgow) tritt für das Selbststillen ein, ebenso wie King (Neu-Seeland).

Murdoch Cameron (Glasgow) spricht gegen die unrationelle Ernährung in den späteren Lebensmonaten und Miß Mc Ilroy über Schwangerenfürsorge und Syphilis, worauf Koplik die Diskussion schließt.

Digitized by Google

King (Washington): Über Lagekorrektur der Querlage durch Schenkelkompression[3].

Es handelt sich um ein von verschiedenen wilden Völkern geübtes Verfahren. Die Gebärende nimmt eine hockende Stellung ein; der dem kindlichen Steiß entsprechende Schenkel wird im Hüftgelenk rechtwinklig gebeugt, wodurch der Steiß in die Höhe gedrückt, der Kopf aber durch Adduktion des anderen Oberschenkels in den Beckeneingang gepreßt wird.

Pozzi (Paris): Über stenosierende Metritiden der Cervix uteri.

Er beschreibt eine von ihm zuerst beobachtete Form der Cervicitis. Sie besteht in einer mit Stenosenbildung einhergehenden Entzündung. Die Sekrete stauen sich oberhalb der Stenose, was bei hinzutretender Infektion zur Bildung eines schwer zu drainierenden, abgesackten Raumes führt. Im Gegensatz zu dieser Form der Erkrankung nimmt er eine pseudostenosierende Cervicalmetritis an, welche jedoch mit denselben Symptomen einhergeht (i. e. Dilatation des Uteruskavums, das mit infiziertem Schleim erfüllt ist). Endlich können die nämlichen Erscheinungen auch noch beobachtet werden bei Rigidität des nicht verengerten Cervicalkanales. In diesen Fällen erzielt man gute Heilungsresultate durch Einlegen eines Intrauterinpessars. Diese stenosierende Entzündung ist mit dem »rétrécissement large« (Reybard) der männlichen Urethra zu vergleichen. Bei beiden bringt Dilatation Heilung.

Früher hat P. dilatiert und mit Jodtinktur ausgewischt, jetzt macht er »Stomatoplastie«. Diese Operation bietet den Vorteil einer Dauerdrainage; P. hat mit ihr viele Fälle von hartnäckigster Metritis geheilt.

Herbert Spencer (London) dankt Pozzi für seine Mitteilungen über die Stomatoplastie, die er seit 10 Jahren bei Cervixstenose und ihren Folgen (Sterilität, Dysmenorrhöe, Amenorrhöe) mit Erfolg anwendet. Als er 1909 auf dem Kongreß in New York zum ersten Male von dieser Operation sprach, hatte noch keiner der anwesenden Gynäkologen sie je gemacht. Er bittet seine englischen und amerikanischen Kollegen, dieses Verfahren doch öfters anzuwenden.

La Torre (Rom): Gibt es vom geburtshilflichen Standpunkt einen bestimmten Typus der Uterusmuskulatur?

Sappey (1879) und Hélie (1864) haben sich bereits mit dieser Frage beschäftigt, ohne zu einem befriedigenden Resultate gekommen zu sein.

Die Untersuchungen des puerperalen Uterus geben keinen genügenden Aufschluß, da es sich bei ihm um einen hypertrophischen, abnormen Zustand des Organes handelt. Nur die mikroskopische Untersuchung des ruhenden Uterus soll zur Beantwortung der gestellten Frage herangezogen werden. T. hat solche mikroskopische Studien am kindlichen und tierischen Uterus gemacht und ist zu dem Ergebnis gelangt, daß alle Muskelbündel untereinander zusammenhängen und nicht — wie Hélie behauptet — drei isolierte Schichten[4] bilden. Der kindliche Uterus hat große Ähnlichkeit mit dem tierischen (Hündin, Kaninchen). T. bekräftigt seine Ausführungen durch Demonstration von Mikrophotogrammen.

Beuttner (Genf): Die transversale, fundale Keilexzision des Uterus als Vorakt zur Exstirpation doppelseitig erkrankter Adnexe mit Erhaltung der Menstruation.

Diese Operationsmethode gründet sich auf die von Faure angegebenen Prin-

---

[3] Publiziert im New York medical journal 1909. Nr. 27.

[4] Siehe La Torre, Degli ultimi rapporti del peritoneo con il tessuto muscolare dell' utero. Città di Castello 1913.

Digitized by Google

zipien, die Adnexe von der Mittellinie nach der Beckenwand und von unten nach oben anzugreifen.

Es wird eine transversale Keilexzision des Uterusfundus gemacht nach vorheriger präventiver Blutstillung mittels Umstechung der Uteruskanten; der exzidierte Uteruskeil wird hierauf in der Medianlinie gespalten und aus dem entsprechenden Ligamentum latum mit einigen Scherenschnitten befreit. Die Uteruswunde, die bis in das Kavum reichen soll, wird hierauf sofort vernäht. Nun werden zuerst die linken, dann die rechten Adnexe von unten nach oben und von innen nach außen entfernt. Vernähung der Lig. lata. Das Peritoneum parietale der vorderen Bauchwand wird jetzt auf die hintere, obere Uteruswand, direkt hinter der vernähten Uteruswunde, von links nach rechts aufgenäht; dadurch wird diese gewissermaßen extraperitonealisiert und der Uterus (der sich oft in fixierter Retroflexion befindet) dauernd in mobile Anteflexion gebracht.

Ich beziehe mich auf 26 Fälle der Genfer Klinik und einen Fall, den ich in einem Pariser Spital operiert habe und kann sagen, daß die Resultate ganz vorzüglich sind: die Menstruationsbeschwerden verschwinden; die Menstruation wird normal sowohl hinsichtlich der Menge als der Dauer der Blutung.

Louise McIlroy: Über die Mammasekretion beeinflussende Faktoren.

Beobachtungen über die Ursache der Hyperplasie und exsudativen Sekretion sind noch keine Erklärung für die Quelle der wirklichen Milchsekretion. Experimentelle und klinische Erfahrungen, daß die Sekretion durch verschiedene Faktoren wie Ovarien, Uterus und innersekretorische Drüsen angeregt wird, beweisen noch nichts für die normale, physiologische Laktation. Diese steht in engem Zusammenhange mit dem wachsenden Ei und dem Ausfall seiner hemmenden Wirkung durch die erfolgte Geburt. Das Ovum bereitet die Mamma für die Sekretion vor, enthält aber zugleich eine Substanz, welche die Sekretion bis zur Geburt hemmt. Diese kontrollierenden Faktoren befinden sich wahrscheinlich im embryonalen Gewebe, in den Eihäuten und der Placenta. Das Ovarium erleidet während der Schwangerschaft Veränderungen, die auf die Eieinbettung zurückzuführen sind.

Substanzen und Hormone anderer innersekretorischer Drüsen fördern zwar die Mammasekretion, sind aber bis jetzt noch nicht als Faktoren für die primäre Milchproduktion erwiesen worden.

Ebensowenig fördern die Untersuchungen über Milchsekretion beim Neugeborenen und bei menstruierenden, virginalen Tieren unsere Kenntnisse über die eigentliche Milchsekretion.

In der Diskussion zu diesem Vortrage sprechen Truby King (Neu-Seeland), Davis (Philadelphia) und Amand Routh (London). Letztere frägt McIlroy, ob ihr die Experimente Schäfer's bekannt sind, der durch Injektion von Hypophysen-, Corpus luteum- und Uterusextrakt vermehrte Milchsekretion erzielte. Schäfer hat — im Gegensatz zu McIlroy — auch gefunden, daß Injektionen von Placenta- und Fötushormonen während der Schwangerschaft eine hemmende Wirkung auf die spätere Milchsekretion haben.

R. selbst hat die Erfahrung gemacht, daß Pituitrin die Milchsekretion fördert, doch mag dies vielleicht auf Suggestion beruhen.

Joly (Montpellier) zeigt von ihm angegebene Vaginalovula aus Pflanzenkohle, die er zur Verhütung von Puerperalprozessen, zur Behandlung von Vaginalaffektionen und auch für gesunde Frauen zum Ersatz der Scheidenspülungen empfiehlt.

Digitized by Google

Turrel (Barcelona) demonstriert einen gegen Retroflexion zu verwendenden Intrauterinstift, mit dem er in drei Fällen sogar erfolgreich jahrelange Sterilität bekämpft hat. (Fortsetzung folgt.)

I.

Aus Howitz' Entbindungsanstalt in Frederiksberg (Dänemark).

Vorfall beider Unterextremitäten neben dem Kopfe.

Von

E. Bilsted, Oberarzt.

Die Krankengeschichte ist folgende: Die Pat. war eine 30jährige Ipara mit normalen Beckenmaßen. Sie ist immer gesund gewesen. 14 Monate vorher hatte sie eine Fehlgeburt im 3. Monate gehabt, und zwar ohne ärztliche Beihilfe. — Das Fruchtwasser war abgegangen, 2 Tage bevor sie in die Entbindungsanstalt aufgenommen wurde, und in dieser Zeit war sie zu Hause umher gegangen und hatte ihre häuslichen Pflichten getan. — In der Entbindungsanstalt hatte sie während 24 Stunden gute Wehen. Die Bauchwand war sehr dick, die Palpation dadurch erschwert. Bei der äußerlichen Untersuchung wurde Längslage diagnostiziert. Die Herztöne des Kindes konnten nicht deutlich gehört werden. Die Pat. gab aber an, daß sie Kindesbewegungen fühlte. — Da die Geburt trotz guter Wehen nicht weiterzuschreiten schien, wurde innerlich untersucht. — Man fühlte, daß der linke Fuß mit nach vorn gerichteten Zehen vorgefallen war. — In Choloroformnarkose wurde das Hervorziehen des Fußes versucht (durch die Hebamme). Er konnte bis vor die Vulva hervorgezogen werden, schnellte aber gleich wieder in die Vagina zurück. Bei nochmaliger Exploration (durch den Arzt) wurde im Becken neben dem Fuße in zweiter Hinterkopfslage der Kopf gefühlt. Auch den rechten Fuß konnte man neben dem Kopfe fühlen. Der Uterus war stark um den Fötus kontrahiert, Reposition der Extremitäten und Wendung waren unmöglich. — Man glaubte, daß wahrscheinlich eine Zwillingsgeburt vorläge: und zwar der eine Zwilling in Kopflage, der andere in Fußlage, möglicherweise auch Doppelbildung des Fötus. Es wurde die Breus'sche Zange an den Kopf gelegt. Die Anlegung war recht schwierig, gelang aber schnell. Die Extraktion gelang spielend leicht, und es zeigte sich, daß nur ein Kind, ein Knabe, da war. Die Nabelschnur war straff um den einen Arm und um das Becken geschlungen. Das Kind, das 2850 Gramm wog, war tot, nicht maceriert, die Kopfknochen waren nicht zusammengefallen. Die Placenta wurde 20 Minuten nachher spontan geboren. Das Puerperium verlief normal.

Daß das Kind während der Geburt eine solche Akrobatenlage, stark zusammengebogen mit dem Kopfe zwischen den vorgefallenen Unterextremitäten und in derselben Höhe wie diese, einnimmt, ist eine große Seltenheit. Ich habe mit mehreren Geburtshelfern, die eine weit größere Erfahrung haben als ich (auf meiner Abteilung kommen nur ca. 200 Geburten im Jahre vor), davon gesprochen, und sie haben niemals einen solchen Fall erlebt. In der Literatur findet man auch wenig darüber, und v. Franqué sagt in seiner Abhandlung von den hierher gehörigen Fällen in v. Winkel's »Handbuch der Geburtshilfe«, daß der Vorfall von mehreren Extremitäten, besonders beider Unterextremitäten neben dem Kopfe zu den großen geburtshilflichen Seltenheiten gehöre. Besonders wenn das Kind, wie hier, ausgetragen ist.

Die durchaus überwiegende Zahl von solchen abnormen Lagen ist bei un-

Digitized by Google

reifen, unentwickelten oder macerierten Früchten beobachtet worden, was ja auch sehr wohl verständlich ist. — Von den Momenten, die sonst als Ursache des Vorfalles der Unterextremitäten neben dem Kopfe angeführt werden, wie mehrere vorhergegangene Geburten, Hydramnios, Beckenenge, Zwillingsschwangerschaft, Schiefheit der Gebärmutter, schlaffe Gebärmutter und schlaffe Bauchwand, war in meinem Falle nichts vorhanden. Wahrscheinlich ist es aber von Bedeutung gewesen, daß das Fruchtwasser früh und plötzlich abgegangen ist, und daß die Gebärende umhergegangen ist, nachdem das Fruchtwasser abgegangen war. Die Geburt wurde in zweiter Hinterkopflage vollendet, welche auch die häufigste unter solchen Verhältnissen ist. Die Diagnose der abnormen Lage wurde nicht gestellt, bevor innerlich untersucht worden war. Die äußere Untersuchung war in hohem Grade beschwerlich wegen der Dicke und Straffheit der Bauchdecken. Und erst nachdem wir die Geburt einige Zeit beobachtet hatten und sahen, daß sie, trotz guter Wehen, keine Fortschritte machte, schöpften wir Verdacht, daß dieselbe durch etwaige Abnormitäten verhindert würde und schritten zur inneren Untersuchung. Dieselbe nehmen wir nur vor, wenn besondere Verhältnisse es erfordern. Die charakteristische Art, in welcher der Fuß zurückschnellte, sobald man aufhörte an ihm zu ziehen, weckte bei der inneren Untersuchung gleich den Verdacht, daß außer der Fußlage noch etwas Abnormes vorhanden sein müßte. Bei genauerer Untersuchung war es dann leicht zu konstatieren, daß der Kopf neben dem Fuß lag, und daß auch der andere Fuß vorgefallen war. Die Erklärung dieser Verhältnisse war aber schwierig, und ich muß gestehen, daß ich bei der Extraktion am meisten geneigt war, an eine Zwillingsschwangerschaft zu glauben, mit Vorfall des Fußes des einen Fötus neben dem Kopfe des anderen. Wendung war absolut ausgeschlossen, weil die Gebärmutter zu straff um das Kind zusammengezogen war. An Korrektion der Lage und Reposition der Extremitäten konnte gar nicht gedacht werden. Es war nur die Möglichkeit vorhanden, die Zangenextraktion zu versuchen, und wenn diese nichgelang, Perforation zu machen. Die Zange war nun gewiß nicht ganz leicht anzut legen. Doch gelang die Anlegung schnell. Die Extraktion selbst war unerwartet leicht. Leider war das Kind tot. Ich glaube, die Ursache des Todes war die straffe Umschlingung der Nabelschnur um den Arm und das Becken, und der Tod ist erst während der Extraktion eingetreten. Die Kindersterblichkeit ist immer groß unter diesen Verhältnissen. Nach v. Franqué wird sie von verschiedenen Autoren auf 25, 42—64% angegeben. Es waren keine Zeichen vorhanden, daß das Kind während der Geburt sonst Schaden gelitten hatte: keine Druckspuren auf dem Kopfe, keine Kontusionen der Extremitäten.

II.

Aus dem städt. Krankenhaus für Puerperalerkrankungen zu Moskau, gestiftet von L. J. Timistère. Direktor: Dr. G. L. Grauermann.

Über die Behandlung der Puerperalsepsis durch intravenöse Injektionen von Aqua destillata.

(Vorläufige Mitteilung.)

Von

Privatdozent Dr. med. W. J. Ilkewitsch.

Die Erfolge der Therapie bei Puerperalsepsis sind minimal. Das zwingt uns, im Krankenhaus bei Puerperalerkrankungen alles zu versuchen, was auch

Digitized by Google

die kleinste Hoffnung auf Erfolg bieten kann. Deshalb haben wir, wenn auch nicht alles, so jedenfalls fast alles angewandt, was empfohlen ist und darüber seinerzeit schon berichtet.

In der letzten Zeit sind wir zu den intravenösen Injektionen von Aqua destillata übergegangen. — Diese Therapie entwickelte sich aus der Methode von Dr. Joseph Hume (Baltimore), über die er am 26. X. 1903 in Johns Hopkin's Medical Society[1] in Baltimore berichtet hat. Sie besteht darin, daß man der Kranken 500 ccm 1‰ige Argent. nitric.-Lösung (in Aq. destillata) bei 43—46° C intravenös injiziert. Dr. Hume berichtet über 10 sehr schwere, meistens hoffnungslose Fälle, bei denen die Argent. nitric.-Lösung direkt Wunder getan hat. Von 10 Fällen kam nur 1 zum Exitus.

Im Jahre 1905 hat Prof. Gubareff (Moskau) diese Methode in einem Falle schwerer puerperaler Septikämie angewandt. Die Kranke ist genesen[2]. Im ganzen hat Prof. Gubareff diese Methode in 40 Fällen angewandt, über die er auch berichtet hat[3]. Von diesen 40 Fällen sind 9 zum Exitus gekommen. Außerdem hat Prof. Gubareff noch 10 Fälle, von denen er mir persönlich erzählt hat.

Zum erstenmal habe ich die intravenöse Injektion von Argent. nitric.-Lösung am 10. V. 1911 bei einem Falle von schwerer puerperaler Streptokokkenseptikopyämie mit gutem Erfolg angewandt. Nachdem ich 138 Fälle von Puerperalfieber (verschiedener Art) mit diesen intravenösen Injektionen behandelt habe, konnte ich in 83 Fällen sehen, daß die Beobachtungen von Dr. Hume und Prof. Gubareff ganz richtig sind.

Da ich später bei strengster Kontrolle des Blutes der Kranken die Konzentrationen der zu injizierenden Lösungen variiert habe — ich nahm Konzentrationen von 1 : 8000, 1 : 20 000, 1 : 30 000 — und doch mit den früheren identische Resultate bekommen habe, mußte ich mir natürlich die Frage stellen, ob nicht Aqua destillata bei diesen intravenösen Injektionen die Hauptrolle spielt.

Versuche mit Kaninchen[4] überzeugten mich, daß bei intravenöser Injektion von 8,0—8,3 Aq. destill. pro Kilo Gewicht absolut keine Gefahr besteht. Darum wandte ich auch nach vielen Vorversuchen bei Kaninchen, bei strengster Kontrolle des Blutbildes, die intravenösen Injektionen von frisch sterilisiertem, destilliertem Wasser anstatt der stark verdünnten Argent. nitric.-Lösungen beim Menschen an.

Nach intravenöser Injektion von Aqua destill. kann die Veränderung des Blutbildes von dreierlei Art sein.

A. Die Zahl der weißen und der roten Blutkörperchen steigt, dabei bleibt der Hämoglobingehalt meistens unverändert.

B. Die Zahl der weißen Blutkörperchen steigt, die der roten fällt, und der Hämoglobingehalt fällt auch.

---

[1] Bulletin of the Johns Hopkins hospital Vol. XV. Nr. 155. p. 61. Baltimore 1904.

[2] Трубы 2го Съѣзда Общ. Руссійск. Акціи. и Гинек. въ Москвѣ. Verhandlungen des II. Russischen Kongresses der Geburtshelfer und Gynäkologen zu Moskau 1908. p. 248.

[3] Lehrbuch der Gynäkologie von Prof. Gubareff (Moskau). p. 776.

[4] Ich übergehe vorläufig die genaue Beschreibung der aufgestellten Versuche, die Resultate der Blutuntersuchung und der Untersuchung der Organe der Versuchstiere. Ich wollte nur noch zufügen, daß die intravenöse Injektion von Aqua destillata in der Dosis von 8,0 bis 8,3 und sogar 10,0 pro Kilo beim Versuchstier eine Vergrößerung der Zahl der Erythrocyten hervorruft. Der Hämoglobingehalt bleibt unverändert. Die Versuchstiere sind weiter lustig. Erst die Dosen von 30,0 pro Kilo Gewicht schädigen den Organismus und richten ihn zugrunde.

Digitized by Google

C. Es fällt die Zahl der roten und der weißen Blutkörperchen ebenso wie der Hämoglobingehalt.

Irgendwelche morphologische Veränderungen wurden nicht beobachtet.

Die Fälle, in denen die Zahl der Erythrocyten steigt, kommen meistens zur Heilung, sogar wenn die Zahl der weißen fällt. Wo aber ein beständiger Fall in der Zahl der Erythrocyten beobachtet wird, kommt es meistens zum Exitus. Hier kann bei Anwesenheit eines lokalen Prozesses — Endometritis, Peritonitis, Parametritis, Thrombophlebitis — nur ein operativer Eingriff helfen.

Das klinische Bild ist folgendes:

1—1½ Stunden nach einem starken Schüttelfrost steigt ziemlich rasch die Temperatur und erreicht etwa 2 Stunden nach der Injektion manchmal 41° (selten mehr), dann fängt sie an zu fallen und kommt am Abend des Tages oder am anderen Morgen bis zur Norm. Beim Temperaturfall beginnt auch starkes Schwitzen. In seltenen Fällen kommt es zu keinem Schüttelfrost und zu keiner Temperatursteigerung. Die Veränderung des Blutbildes ist in diesem Falle dieselbe.

Interessant ist die Beobachtung, daß die intravenösen Injektionen von Aqua destillata eine Erleichterung auch in den schwersten Fällen von Septikämie bringen können, wo die Zahl der Erythrocyten bis auf 1 500 000 reduziert ist, — ein Erfolg, der bei Argent. nitric.-Lösungen nicht beobachtet wurde.

Im ganzen wurde die intravenöse Injektion von Aqua destillata im Jahre 1912 und in der ersten Hälfte des Jahres 1913 in 206 Fällen bei 142 Kranken angewandt. Die genaue Beschreibung der Krankengeschichten lasse ich für später, wenn alle Versuche beendigt sind; vorläufig bemerke ich nur, daß wir gute Resultate so gut bei Pyämie, wie auch bei Septikämie und Septikopyämie bekommen haben: auf 62 Fälle 42 Heilungen.

Es wurden bei uns, besonders bei älteren Frauen, auch Fälle beobachtet, die von vornherein den Eindruck einer schweren, hoffnungslosen Sepsis machten, und bei denen die Therapie absolut versagte. Das sind Fälle von Septikämie und Septikopyämie mit angegriffenem Herz, Lungen, Nieren, die meistens durch hämolytische Streptokokken und seltener durch andere Mikroorganismen hervorgerufen sind. In solchen Fällen ist der Hämoglobingehalt des Blutes bis auf 50% und weniger reduziert, das spezifische Gewicht des Blutes ist unter 1030, die Zahl der Erythrocyten höchstens etwa 2 750 000, die Zahl der weißen Blutkörperchen etwa 6000. Trotz wiederholter Injektionen von Aqua destill. in die Vene verschwindet der Mikroorganismus nicht aus dem Blut, die Blutelemente fallen in der Zahl, und der Tod erfolgt an Intoxikation und aus Mangel an gebundenem Sauerstoff.

Neue Bücher.

1) **H. Merkel (Erlangen). Die Geschwülste des Kindesalters.** (Handbuch d. allgem. Pathologie u. d. patholog. Anatomie d. Kindesalters. I. Bd., 1. Abt. Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1912.)

Auf 100 Seiten gibt Verf. eine hochinteressante Zusammenstellung der bislang im Kindesalter beobachteten Geschwülste. Zwei einleitende Kapitel orientieren kurz über ihre Wachstumserscheinungen und die Theorien über die Entstehung der Geschwülste. Verf. nimmt zu den letzteren zwar Stellung, ohne aber eine derselben zu akzeptieren, wenn er natürlich auch zugeben muß, » daß embryonale Ausschaltungen oder Verlagerungen von Gewebskeimen als Grundlage für die Ent-

Digitized by Google

stehung mancher kindlicher Geschwülste eine unerläßliche Voraussetzung bilden«. — Die Auswahl der Bilder, von denen einige sehr instruktiv sind, ist nicht immer sehr glücklich. Auch bedarf wohl die Literaturübersicht noch mancher Ergänzung.

Michel (Koblenz).

Berichte aus gynäkologischen Gesellschaften.

2) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Leipzig.

611. Sitzung vom 21. April 1913.

Vorsitzender: Herr Zweifel; Schriftführer: Herr Bretschneider.

Herr Gustav Rauscher: Über einen Fall von Strahlenbehandlung bei einem malignen Ovarialtumor.

Ein Referat ist nicht eingegangen.

Diskussion. Herr E. Kehrer: Die Strahlentherapie beim Karzinom befindet sich noch im ersten Stadium des Versuchs. Bei inoperablen Karzinomen oder Rezidiven die kombinierte Röntgentiefen- und Radiumtherapie im Verein mit der Auslöfflung, Paquelinisierung und Fulguration anzuwenden, liegt seit den Veröffentlichungen von Döderlein, Aschoff, Krönig und Gauss im Plan der Dresdner Frauenklinik. Der leitende Gedanke ist, von der Methode sich ein eigenes Urteil zu bilden. Optimistisch genug sind wir nicht, um vorgeschrittene Fälle durch die kombinierte Strahlentherapie heilen zu wollen, aber wir hoffen, nach allen in der Literatur bisher vorliegenden Erfahrungen, das Fortschreiten in manchen Fällen verlangsamen zu können. Selbst wenn der elektive Einfluß der Strahlen auf die biologischen Eigenschaften von Tumorzellen, sowie auf das Zwischengewebe sich als durchgehend vorhanden erweist, so würde es doch auch bei Anwendung der Strahlenkombination kaum möglich sein, die Ausläufer des Karzinoms in der Umgebung, beispielsweise in der Blasen- und Rektumwand, geschweige denn die Drüsenmetastasen zu beeinflussen. Man denke nur an die karzinomatösen Lumbaldrüsen beim Cervixkarzinom und an die manchmal schon frühzeitigen Mestastasen in der ganzen retroperitonealen Drüsenkette bis hinauf zum Mediastinum, die, wie ich an einem Präparat der Dresdner Frauenklinik demonstrieren kann, nicht selten beim Ovarialkarzinom nachzuweisen sind. Selbst wenn eine Fernwirkung innerhalb gewisser Grenzen vorhanden ist — eine solche sehen wir ja in den Rückbildungsvorgängen der Keimdrüsen bei Bestrahlung der verschiedensten Körperregionen — so kann man doch eine Rückbildung dieser weit entfernten karzinomatösen Drüsen kaum erwarten. Auch wissen wir noch viel zu wenig über die Wirkung der Strahlen auf gesundes Gewebe.

Vorerst müssen die regressiven Veränderungen, die im histologischen Bild nachgewiesen wurden, noch mit einer gewissen Reserve, die klinischen Besserungen von Karzinomen mit größter Vorsicht beurteilt werden. Denn die Umwandlung eines nicht verhornenden Karzinoms in ein verhornendes, eines weichen in ein szirrhöses oder gelatinöses Karzinom kann in jedem Karzinom einmal beobachtet werden. Klinische Besserungen können durch Schrumpfung von Exsudaten bzw. Infiltrationen, welche durch den Austritt nekrotischer oder infizierter Karzinombröckel auf das Peritoneum entstanden sein können, vorgetäuscht werden; und eine solche Scheinheilung ist auch in dem vom Vortr. mitgeteilten Fall gewiß nicht auszuschließen. Auch wissen wir längst, daß Karzinome ohne irgendwelche ärztliche Intervention an einzelnen Stellen spontane Rückbildung oder verzögerte

Digitized by Google

Wachstumsvorgänge aufweisen können. Alle angeblichen Kriterien über die verstärkte oder verminderte Bösartigkeit im Wachstum von Karzinomen sind sehr kritisch zu bewerten.

Bezüglich der Technik der Radiumbehandlung sei bemerkt, daß 6 mg Radium, die vom Vortr. angewendet wurden, selbst dann als sehr gering erscheinen, wenn eine lange Bestrahlungsdauer gewählt wird. Auch das Aluminiumfilter von $^1/_2$ mm Dicke dürfte zu dünn sein, kommt es doch nach Krönig und Gauss gerade bei Bestrahlung maligner Tumoren auf die harten γ-Strahlen an, die nur bei Anwendung starker Metallfilterung in die Tiefe des Körpers geschickt werden können.

Herr Thies: Mir scheint die Tatsache bis jetzt am meisten bemerkenswert, auf die Bumm kürzlich hinwies, daß schwer operable Tumoren durch die Bestrahlung leichter operabel werden, daß also die entzündlichen Veränderungen der Umgebung mehr zurückgehen. Diese Erfahrung konnte auch ich in wiederholten Fällen machen. Bei zwei Pat. war es besonders auffallend. Beide schienen vor der Bestrahlung absolut inoperabel, sie waren von anderer Seite als inoperabel abgewiesen worden.

In beiden Fällen wurde eine sorgfältige mikroskopische Untersuchung vorgenommen. Der Tumor ließ in beiden Fällen mit den jetzigen Färbmethoden keine degenerativen Veränderungen erkennen. Meines Erachtens ist aber der Rückgang der entzündlichen Veränderungen in der Umgebung so bedeutungsvoll, daß die Bestrahlung deswegen schon wertvoll ist.

Herr Hahn (a. G.) berichtet über seine Erfahrungen mit Radiumbestrahlung, die bei Hautkankroiden zum Teil recht gute Erfolge ergeben hätte, während bei Karzinomen anderer Organe, z. B. bei Mammakarzinomen, die Resultate nicht sehr befriedigend seien.[1] Im Gegensatz zum Vortr. verwendet er größere Mengen von Radium und läßt dasselbe auch wesentlich länger einwirken.

---

612. Sitzung vom 26. Mai 1913.

Vorsitzender: Herr Zweifel; Schriftführer: Herr Bretschneider.

I. Herr Zweifel: Über Darmfisteln und ihre Behandlung.

Der Vortr. zeigt eine Pat., bei welcher nach einer Perityphlitis ein Abszeß in der rechten Lendengegend entstand, der, von einem anderen Arzt eröffnet, eine Darmfistel zurückließ, die sich nicht von selbst schloß.

Um die Fistel zur Heilung zu bringen, operierte Z. zweizeitig, und zwar stellte er zuerst nach Eröffnung der Bauchhöhle in der Linea alba eine Enteroanastomose her durch Wand- an Wandvernähung zwischen der letzten Dünndarmschlinge und dem Colon transversum unter Ausschaltung des Coecums mit dem Processus vermiformis und dem Colon ascendens. Diese Darmteile wurden geschlossen und möglichst weit eingestülpt.

Die Heilung von der Enteroanastomose ging glatt vor sich, und nachdem die Kranke davon genesen war, wurden die ausgeschalteten Darmstücke unter Umschneidung der Fistel und nachherigem Einführen eines Fingers in den ausgeschalteten Darm unter Herausstülpen Schritt vor Schritt vom Mesokolon gelöst und in toto entfernt.

Auch von diesem Eingriff erholte sich die Kranke gut, aber die Wundhöhle sezerniert noch immer übelriechenden Eiter.

Die Darmfunktion ist tadellos in Ordnung und die Kranke dauernd fieberfrei.

Ein gleiches Vorgehen mit zweizeitigem Operieren, erst Darmausschalten

Digitized by Google

unter seitlicher Apposition und nachheriger Resektion, hat Herr Härting mit vollem Erfolg innegehalten und einen zweiten Fall, in dem die Kranke die Darmresektion nicht ausführen ließ, hat Herr Littauer demonstriert.

Diskussion. Herr Littauer: Im vorigen Jahre habe ich dieser Gesellschaft einen gleichen Fall demonstriert, bei dem ich zur Ausschaltung der Darmfistel das gleiche Verfahren wie der Herr Vortr. angewandt habe, nur konnte sich Pat., die nach langer Krankheitsdauer (s. Sitzungsbericht) froh war, wieder genesen zu sein, nicht entschließen, sich noch das Darmstück nachträglich entfernen zu lassen. Ich habe Frau B. vor kurzem wiedergesehen, es geht ihr glänzend; die Fistel sezerniert noch etwas glasigen Schleim, doch belästigt das die Pat., deren Haut in der Umgebung der Fistel ganz normal aussieht, gar nicht. Wenn trotzdem der Wunsch nunmehr ausgesprochen wird, das Darmstück loszuwerden, so geschieht dies nur aus ästhetischen Gründen, es sieht zwar sehr interessant aus, wie am bisweilen beträchtlich prolabierten Darm regenwurmartige Bewegungen auftreten, doch wird die Kranke die Empfindung, eine offene Wunde an sich zu haben, nicht los — ob es ihr aber später besser gehen wird, ist fraglich, denn bei der Größe des intra operationem entstehenden Defektes ist die Gefahr der Entwicklung einer Hernie nicht von der Hand zu weisen.

Herr Veit: Der ausgezeichnete Erfolg des Herrn Zweifel verdient alle Anerkennung. Ich schließe mich seinen Ausführungen in bezug auf die Notwendigkeit, daß wir bei uns entstandene Fisteln heilen müssen, voll an. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle verwandeln sich ja diese Fisteln in Fistelkanäle, und damit gewinnen wir die Möglichkeit, daß sie spontan ausheilen. Solange die Fisteln lippenförmig sind, oder wenn sie lippenförmig bleiben, ist eine Heilung sehr unwahrscheinlich. Für solche Fälle erblicke ich in dem Vorgehen des Herrn Zweifel einen wirklichen Fortschritt.

Von der Saugbehandlung kann ich mir keinen Vorteil versprechen: ich glaube sagen zu müssen, daß nach meiner Erfahrung durch Abwarten, durch Vermeiden der Drainage usw. diese Fisteln meist spontan heilen.

II. Herr C. Backhaus: Erfahrungen über Fortbildungskurse der Hebammen.

Seit dem Jahre 1908 sind in Sachsen Fortbildungskurse für Hebammen gesetzlich eingeführt. Die Hebammen werden alle 5 Jahre für 14 Tage (einschließlich Reise) einberufen, erhalten wenigstens 1 M. Entschädigung, bis 2,50 M., pro Tag und freie Station. Ursprünglich sollten in Dresden und Leipzig je 8 einberufen werden. Von Leipzig wurde jedoch wegen Platzmangels gebeten, daß nur 7 bestellt würden. Auf diese Weise sind in Dresden je 9 und hier je 7 einberufen worden. Ich habe in den jetzt fast 5 Jahren in 94 Kursen 658 Hebammen an mir vorüberziehen lassen.

Zunächst war ein gewisses Widerstreben gegen die Kurse zu bekämpfen. Manche sahen die Einberufung noch wie früher als eine Art Strafe an. Wir haben den ältesten Jahrgängen die Möglichkeit gelassen, vor der Einberufung ihr Pensionierung einzugeben und haben die ältesten erst nach 2 Jahren einberufen. Im ganzen haben sich die Kurse als sehr notwendig erwiesen, da bei vielen auffallende Unkenntnisse oder Nachlassen zu konstatieren war, nicht nur bei den älteren Jahrgängen, sondern auch bei den jüngeren, die zum Teil trotz guter Abgangszensur in theoretischen und praktischen Leistungen sehr zurückgegangen waren. Bei den älteren Jahrgängen mag der Wert der Einberufung zweifelhaft erscheinen, da die älteren in ganz anderer Zeit ausgebildet und in anderen Anschauungen herangewachsen, unfähig waren, sich noch in der

Digitized by Google

kurzen Zeit umzuändern. Ganz besonders erschien mir dies bei einigen Hebammen, die außer aus Sachsen von anderen, kleineren Staaten zur Wiederholung geschickt waren. Gleichwohl stehe ich auf dem Standpunkt, daß wir nicht absehen dürfen von der Einberufung der Ältesten, aus Gründen der Gerechtigkeit und auch um zu verhüten, daß solche, die wegen Altersgebrechen nicht mehr imstande sind, den Hebammenberuf richtig auszufüllen, allzulange ihre Pensionierung hinausschieben. Wohl ließe sich ein Satz einfügen, daß solche, die sich in dem betreffenden oder im nächsten Jahre pensionieren lassen wollen, von den Kursen befreit werden. Auf diese Weise wird auch für Verjüngung gesorgt. Im allgemeinen gilt der Satz: Wer nicht fähig ist für den Kurs, ist auch nicht mehr für die Praxis fähig. Eine noch gar nicht sehr alte Hebamme sah und hörte ganz schlecht, so daß sie unfähig für den Beruf war. Zum Glück kam gerade, als wir sie als unbrauchbar eingeben wollten, eine Anfrage vom betreffenden Bezirksarzt über ihre Tauglichkeit, da Klagen vom Publikum laut geworden seien. Diese ist sofort pensioniert worden. Bei vielen anderen, die recht große Unkenntnisse aufwiesen oder überhaupt wenig leistungsfähig waren, haben wir beim ersten Turnus dieser Kurse ein Auge zugedrückt. Allerdings muß ich hier schon einschalten, daß man bei dem in diesem Jahre beginnenden zweiten Turnus nicht so viel Milde walten lassen solle und unbrauchbare Elemente, die sich noch nicht freiwillig zur Pensionierung entschließen können, ausgeschaltet werden müßten. Zu wünschen ist, daß die Herren Bezirksärzte über solche Hebammen, deren Leistungen nicht genügend erscheinen, vor der Einberufung ihre Bedenken mitteilen, damit während des Kurses diese noch schärfer auf Tauglichkeit beobachtet werden und das Resultat dann den Bezirksärzten mitgeteilt wird. Leider habe ich in den ersten 2 Jahren nicht regelmäßig Zensuren gemacht, aber in den letzten, und ich kann sagen, daß ich die Leistungen im allgemeinen um eine Note tiefer bewerten möchte als beim Abgang, wie dies auch von Dresden aus früher geschehen ist. Es ist dies ja bei Landhebammen gar nicht zu verwundern, die zum Teil mit anderen Hebammen gar nicht Fühlung und keine Gelegenheit und Anregung zur Auffrischung ihrer Kenntnisse haben, zum Teil in kleinen Gemeinden im Jahre nur wenig Entbindungen leiten und dadurch aus der Übung kommen. Für unsere Leipziger Verhältnisse möchte ich hervorheben, daß in Leipzig einige recht gute Hebammen sind, und daß solche zur Förderung des Geistes in einem Kurse wesentlich beigetragen haben. Gerade diese wollten etwas hinzulernen und zuweilen noch mehr hören, als ich für die Allgemeinheit für nützlich hielt. Überhaupt möchte ich hier vorausnehmen, daß ich nicht auf dem Standpunkt stehe, bei schlechten geburtshilflichen Fällen die Hebamme immer als Sündenbock zu betrachten. Mitunter kommt auch etwas auf das Konto der betreffenden Leute und gelegentlich auch auf das Konto der betreffenden Ärzte, die mit ihrer Indikationsstellung zurückhaltender sein sollten. Aus dem Jahre 1911 möchte ich Ihnen zum Überblick meine Zensuren angeben: Von 136 Hebammen erhielten 11 I, 37 II, 73 III, 13 IV und 2 V. — 1912 (137) 1 I, 33 II, 88 III, 15 IV. — Weiter muß ich erwähnen, daß bei dem Unterricht die Hebammenlehrer an die gesetzlichen Bestimmungen gebunden sind. Die wichtigsten Kapitel der Geburtshilfe wurden durchgesprochen, vor allem Desinfektion mit praktischen Übungen, Untersuchung von Schwangeren und Kreißenden, Phantomübungen wurden einmal vorgenommen. Moulagen von Syphilis, von abnormen Säuglingsstühlen werden gezeigt, Blutungen, Nachgeburtsperiode besprochen. Visite auf Wochen- und Säuglingsstation. Wägen der Milchmengen. Normalgewichtskurve des Kindes im ersten Jahre. Schäden der Hitze für den Säugling. Be-

Digitized by Google

sprechung der regelwidrigen Geburten. Hilfeleistung bei Narkosen usw. usw. Ich habe immer weniger vorgetragen als gefragt. Es regt dies mehr an, und ich bekomme besseren Eindruck von den Kenntnissen, und die Nachprüfungen, die anderwärts eingeführt sind, sind für uns infolge der regelmäßigen Kurse unnötig. — Worin bestanden nun die Lücken? Vor allem in der Art der Desinfektion. Die Handpflege war zum Teil ungenügend; manche glaubten, mit verletztem Finger innerlich untersuchen zu dürfen, da es ja nur kleine Risse wären. Andere Mängel waren öfters anzutreffen, z. B. ungenügender Wechsel des Wassers, kaltes Wasser statt heißem, nicht genügende Abspülung der Seife, bevor die Hände in die Sublimatlösung kommen. Trennung der immer wieder auszukochenden Bürsten war einigen nicht geläufig.

Während der Kurse mußten die Hebammen mit Handschuhen untersuchen, und ich hatte Gelegenheit zu sehen, wie sich ältere, die früher kaum Gummihandschuhe zu Gesicht bekommen hatten, dabei anstellten. Anfänglich dachte ich, daß die Einführung der Handschuhe in die Hebammenpraxis angebracht wäre, aber ich bin bald davon abgekommen, nachdem ich gesehen hatte, wie schwer die älteren sich mit der richtigen Anwendung befreundeten. Von anderer Seite ist auch der Einwand gemacht worden, daß sich manche Hebammen dann gar nicht mehr waschen und mit alten durchlöcherten Handschuhen untersuchen würden. Als Gegengrund ist auch der Preis anzuführen, und ich stehe deshalb jetzt auf dem Standpunkt, daß zurzeit die Einführung der Handschuhe in die Hebammenpraxis nicht angebracht ist. Erst wenn alle mehrmals zu den Kursen einberufen waren, oder wenn alle es auch gründlich in ihrer Lehrzeit gelernt haben, kann an die obligatorische Einführung gedacht werden. Von Königsberg war dies schon jetzt vorgeschlagen; ich habe mich jedoch auf der letzten Tagung der Vereinigung zur Förderung des deutschen Hebammenwesens dagegen ausgesprochen. Eingeschärft wird dafür, daß die Hände in gebrauchsfähigem Zustand zu erhalten sind, Septisches zu vermeiden ist, und daß die gesetzlichen Desinfektionsvorschriften (Mindestzeit) streng zu beachten sind. Beim Einfetten kommen grobe Verstöße gegen Asepsis vor, und es sollte dies deshalb verboten werden, wie es auch einige Bezirksärzte schon getan haben.

Nun komme ich zur inneren Untersuchung. Sie wissen, daß über die Einschränkung der inneren Untersuchung in den letzten Jahren viel geschrieben und gesprochen worden ist. Ich will hier wegen der Kürze der Zeit nicht auf das Für und Wider näher eingehen, sondern will nur das Resultat sagen. Ich betone ausdrücklich, daß in Lehranstalten zu Lehrzwecken viel untersucht wird, daß dies aber wegen der Infektionsgefahr nicht in die Außenpraxis übertragen werden darf. Dafür müssen sich die Hebammen mit der äußeren Untersuchung mehr vertraut machen, vor allem Übung des dritten und vierten Griffes und Herztöne hören. Bei der inneren Untersuchung sollen mit der zweiten Hand die äußeren Teile vorschriftsmäßig auseinander gehalten werden, ehe zur inneren Untersuchung eingegangen wird. Jedenfalls wäre es jetzt nicht richtig, den Hebammen die innere Untersuchung zu verbieten, da dann leichter Verschleppungen vorkommen würden. Auf die Gefahren vom vorzeitigen Blasensprung und verschleppter Querlage wird genügend hingewiesen. Viele Hebammen lassen oft schon mitpressen, wenn der Muttermund noch gar nicht eröffnet ist; es ist mir dies auch gerade in der Praxis aufgefallen. Die meisten Hebammen hatten zum Glück gar nicht oder ganz selten tamponiert. Jedenfalls muß der Hebamme die Tamponade auch weiter für besondere Notfälle erlaubt sein. Viele hatten allerdings vergessen, daß sie die Tamponade nicht länger als 6 Stunden liegen lassen

Digitized by Google

dürfen. Bei der Wochenpflege wurden Wochendiät, Muskelübungen, allgemein gesundheitliche und hygienische Fragen besprochen. In die Hebammentaschen sollte zum fleißigen Gebrauch eine Pinzette eingeführt werden. Die Taschen waren zuweilen in mangelhaftem Zustande. Leider haben wir in Sachsen noch keine einheitlichen Taschen. Bei der Säuglingspflege wurde natürlich vor allem der Wert des Stillens betont und die Stilltechnik besprochen. Auffiel, daß noch recht häufig Gegengründe gegen das Stillen genannt wurden, die wir jetzt nicht mehr anerkennen. Leider wurde auch hier sehr oft gesagt, daß das Zureden der Hebammen nicht helfen könne, da ja viele Ärzte vom Stillen abricten.

An Zahnkrämpfe glaubten noch sehr viele. In den ersten Kursen waren noch viele Hebammen, die das Mundauswaschen des Säuglings für nützlich erachteten, wie es früher auch gelehrt wurde. Eine streng reinliche Nabelpflege war vielen nicht geläufig und auch nicht, daß Neugeborene leicht an Sepsis, vom Nabel ausgehend, zugrunde gehen.

Betreffs Stillen habe ich mich darauf beschränkt, zu sagen: Die Hebamme hat in jedem Falle zum Stillen zu raten; sollten Gegengründe wie Schwindsucht vorliegen oder es ihr zweifelhaft erscheinen, so hat sie die Herbeirufung eines Arztes zu veranlassen. Ich bin aber jetzt von einer Hebamme gefragt worden, ob sie nicht noch mehr über die neueren künstlichen Ernährungsarten erfahren können. Ich bin der Ansicht, daß wir gerade bei der oft schwierigen Frage der künstlichen Ernährung bei den Hebammen zurückhaltend sein müssen, da dies zum Kurpfuschen verleiten würde. Allerdings ist zu berücksichtigen, daß jetzt durch Säuglingspflegerinnen, die $^1/_2$ bis 2 Jahre ausgebildet werden sollen, der Hebammenpraxis auch wieder etwas Abbruch getan wird, und wir müssen künftighin bei der verlängerten dreivierteljährlichen Ausbildungszeit, wenn hoffentlich auch die Vorbildung besser geworden ist oder mehr Geeignete sich diesem Berufe widmen, die Hebammen mit den gut ausgeprobten Fortschritten vertraut machen. Jedenfalls soll die Hebamme erkennen können, daß der Säugling krank ist. Man könnte vielleicht z. B. die neuen Ernährungsarten kurz durchsprechen, allerdings betonen, daß die Bestimmung der Art der künstlichen Ernährung, wenn das Stillen nicht möglich sei, dem Arzt zu überlassen sei. Aufgefallen ist mir bei den Befragungen, daß viele Hebammen dem anderthalb- oder zweijährigen Kinde mehr als 1 Liter Milch geben wollen anstatt weniger.

Ich halte für wichtiger als diese mehr ärztliche Sache, daß die Hebammen an den Säuglingsfürsorgebestrebungen teilnehmen. Die Hebamme muß imstande sein, Unbemittelten gute Ratschläge für das Fortkommen des Säuglings zu erteilen. Allerwärts in Gemeinden, Städten geschieht jetzt etwas in dieser Richtung. Auf die Mütterberatungsstellen, Stillprämien usw. wird aufmerksam gemacht. Gelegentlich der Wochenvisiten habe ich mich in Gegenwart der Hebammen erkundigt, was bei der Entlassung aus den Neugeborenen wird, und ich möchte hier einen Wunsch äußern, der sich mir bei Abhaltung der Kurse immer mehr aufgedrängt hat. Bei den überwiegend unehelichen Kindern wird aus Not, Angst vor Bekanntwerden der Mutterschaft, die Trennung von Mutter und Kind oft schon mit der Entlassung aus der Klinik vorgenommen. Wegen Platzmangels werden hier die Mütter jetzt schon am 8. Tage entlassen, und das Kind kommt am 8. oder womöglich schon am 7. in Ziehpflege. Wir haben ja nun in Leipzig das berühmte, mustergültige Taube'sche Ziehkindersystem. Aber zur wünschenswerten Herabsetzung der immer noch hohen Säuglingssterblichkeit in Leipzig genügt dies nicht, und ein großes Mütterheim erscheint mir dringend notwendig,

Digitized by Google

da die hier bestehenden Anstalten den Anforderungen nicht entsprechen. In anderen Großstädten bestehen zum Teil schon solche entsprechende Anstalten. Das Kinderheim in Connewitz nimmt nur Mütter mit ersten Kindern auf und außerdem müssen sich diese verpflichten, ein halbes Jahr in der Anstalt zu bleiben. Das ist für viele zu lang. Wohl können vereinzelte Wöchnerinnen noch da und dort versorgt werden, z. B. von der Heilsarmee, vom Verein für Mutterschutz, aber eine große Anstalt, die den Bedürfnissen unserer Großstadt entspricht, besteht nicht. In Lindenau in der Erziehungs- und Pflegeanstalt existiert zwar in einer Etage ein sogenanntes städtisches Wöchnerinnenheim, aber auch dies entspricht den jetzigen Anforderungen durchaus nicht, und Mädchen, die nicht unter Aufsicht stehen, die als Schwangere die Anstalt kennen gelernt haben, wollen als Wöchnerinnen meist nicht zurückkehren wegen Unkosten oder wegen der strengen Vorschriften. Man kann sich nicht genug wundern, daß nicht schon längst von der Stadt, die doch sonst für andere Zwecke z. B. Krüppelheim, Heilstätten usw. große Summen verausgabt, diese klaffende Lücke in der Fürsorge in liberaler Weise ausgefüllt ist. Auch für Schwangere in den letzten Monaten reicht das Trier'sche Institut nicht aus, und oft müssen solche Frauen wegen Platzmangel abgewiesen werden.

Warum läßt man erst die oft von Haus aus gesunden Kinder zu Krüppeln werden? Wie oft findet man gerade in Sachsen das verengte Becken, das zu schwersten Geburten führt, und dies ist meist auf Fehler im ersten Lebensjahr zurückzuführen. Hilflose Ortskassenmitglieder, verheiratet oder unverheiratet, die gesetzlich 6 Wochen lang nach der Entbindung (2 Wochen vorher) Krankengeld erhalten, sollten ihre Kinder wenigstens diese 6 Wochen stillen, und wenn sie keine Unterkunft haben, Gelegenheit dazu im städtischen Mütterheim finden. Endlich würde nicht nur dem Wohle der Säuglinge genützt, sondern auch der Gesundheit der Mütter, die ja oft, wenn sie nicht länger als 7 Tage stillen und sich nicht länger schonen, später Störungen in der Rückbildung und durch zu frühzeitige schwere Arbeit Unterleibskrankheiten sich zuziehen und zuweilen für ihr ganzes Leben dauernd Schaden erleiden. In anderen Städten gibt es derartige Einrichtungen, in denen manche Mütter sogar sich während der Stillzeit in einzelnen Berufszweigen ausbilden können und dann von dort aus gute Stellen verschafft bekommen. Mancher Mutter könnten so schwere Sorgen abgenommen werden, und wieviele Kinder könnten gerettet oder vor Siechtum bewahrt werden. Was nützen jetzt alle Mühen bei schwersten Entbindungen, wenn die Frucht doch nicht erhalten wird? Ich denke mir nun, daß in dieser zu gründenden Anstalt viele die letzte Zeit vor der Geburt verbringen können, sich zweckmäßig für die Entbindung (Reinlichkeit) vorbereiten, dann in die Univ.-Frauenklinik zur Entbindung gehen und am 8. Tage wieder ins Wöchnerinnen- oder Mütterheim zurückkehren.

Es wird dagegen gesagt werden, daß viele gar nicht in ein Mütterheim gehen, sondern bald wieder ihre Freiheit genießen wollen. Nun ich meine, daß doch hier durch allgemeine Erziehung ein Wandel geschaffen werden kann. Bei allen Müttern muß sich die Pflicht einbürgern, daß das Kind wenigstens 6 Wochen zu stillen ist, und es darf nicht zur Gewohnheit werden, daß dem Kinde schon nach wenigen Tagen die Muttermilch vorenthalten werde. Jetzt betrachten die Hebammen zum Teil das Nichtstillen der unehelichen Kinder als selbstverständlich, da sie es nicht anders gelernt haben.

Ganz leicht ließe sich dann auch gleichzeitig in Leipzig ein Ammenvermittlungsinstitut gründen, in dem wichtige neuere Voruntersuchungen auf Tuberkulose

Digitized by Google

und Syphilis (Wassermann) regelmäßig vorgenommen werden. Jetzt muß man sich, wenn eine Amme nötig ist, nach auswärts wenden. Event. könnten hier auch die Hebammen in der Pflege und Ernährung des älteren Säuglings unterrichtet oder Säuglingspflegerinnen ausgebildet werden.

Im Einklang damit komme ich auf das kürzlich auch hier von Gräfe erörterte Thema: Geburtenrückgang. Schon war die Befürchtung ausgesprochen, daß die Bevölkerung abnehme. Jedenfalls sollten wir mit allen Kräften die einmal Geborenen am Leben erhalten. In diesem Zusammenhang komme ich zugleich mit der Hebammenfrage noch auf einen anderen Punkt. In Preußen ist jetzt den Hebammen verboten worden, daß sie Mittel zur Verhütung der Empfängnis anwenden oder vermitteln. Ich möchte empfehlen, wie ich es im letzten Bericht an das Landesgesundheitsamt getan habe, daß dies auch in Sachsen geschehe, da mir dies vor allem bei einigen Stadthebammen nötig erscheint. Gerade diese Hebammen klagen jetzt, zum Teil durch eigene Schuld, über Rückgang der Geburten.

Über Frauenkrankheiten beschränke ich mich auf das Notwendigste und betone immer wieder, daß die Hebamme nicht behandeln darf, daß sie nur über einige Kapitel aufgeklärt wird, damit Verschleppungen von Krankheitsfällen, z. B. Krebs nicht mit Wissen der Hebamme vorkommen.

Man weiß, daß die Hebamme beim Volk aus- und eingeht und hat ihr deshalb zur Aufklärung Merkblätter eingehändigt, so im Kampfe gegen Tuberkulose, Alkoholmißbrauch, Geschlechtskrankheiten usw. Man bedenke immer, daß man ihr auch nicht zuviel zumuten darf.

Resümee: Über die Dauer und Häufigkeit der Kurse möchte ich sagen, daß mit den 14tägigen Kursen (einschl. Reise) alle 5 Jahre (ohne Altersgrenze) das Richtige getroffen worden ist. Über die Art des Unterrichts, und vor allem über die Menge des Lehrstoffs, kann man verschiedener Meinung sein, und ich würde es dankbar begrüßen, wenn von Mitgliedern der Gesellschaft diesbezügliche Wünsche geäußert würden, die sicher nach Möglichkeit beachtet würden. Endlich scheint mir, wie schon hervorgehoben, ein Zusammengehen, bzw. ständige Fühlung und Austausch über Leistungen der Hebammen zwischen Medizinalbehörden und Hebammenlehranstalten wünschenswert.

Diskussion. Herr Veit erkennt die wertvollen Erfahrungen über die Fortbildungslehrgänge an. Er selbst hat in seiner Klinik erst zwei derartige Kurse geben lassen können; daß deren Dauer 14 Tage ist, scheint ihm sehr zweckmäßig. Daß die Tamponade den Hebammen nur im äußersten Notfall erlaubt sein sollte, scheint ihm sicher zu sein. Man müßte jedenfalls den Hebammen die Vorschrift geben, daß sie in jedem Falle, in dem sie die Tamponade vornehmen, sofort ärztliche Hilfe herbeirufen. Der Gebrauch der antikonzeptionellen Mittel ist erschreckend weit verbreitet. Den Hebammen sollte ihre Einführung und Empfehlung durchaus untersagt sein. Die Beschränkung des kriminellen Abortes ist vielleicht dadurch zu erreichen, daß man die Hebammen damit bekannt macht, daß sie zur Anzeige von Verbrechen verpflichtet sind, und daß sie, wo es sich um ein Verbrechen handelt, richterlichen Beamten gegenüber keine Schweigepflicht mehr haben. Die Beschränkung der inneren Untersuchung ist selbstverständlich. Ihr Aufgeben oder ihr Ersatz durch die rektale Untersuchung erscheint ihm unmöglich. Das Hinzuziehen der Hebammen in der besseren Praxis erscheint ihm Pflicht der Ärzte zu sein.

Die Ausdehnung des Hebammenunterrichtes auf Gynäkologie und Kinderkrankheiten sollte nicht zu weit gehen.

Digitized by Google

Herr Hertzsch: Wenn der Vortr. zu Beginn seiner Ausführungen seinem Erstaunen darüber Ausdruck gegeben hat, wie schnell die Hebammen in ihren Kenntnissen zurückgehen, so kann ich ihm in diesem Erstaunen nur zustimmen. Wer selbst Hebammenlehrer gewesen ist und weiß, wie weisheitsschwanger und wie geschickt im Untersuchen die Hebammen die Schule verlassen, und wer dann dieselben Hebammen in der Praxis wiedersieht, der hält es nicht für möglich, daß Kenntnisse und Fertigkeiten so schnell verschwinden können. Es ist nicht zuviel behauptet, daß 90% der Hebammen selbst vom normalen Geburtsverlauf keine ordentliche Vorstellung haben, geschweige denn von dem bei regelwidrigen Geburten. Da legt man sich unwillkürlich die Frage vor, ob die Mühe, die man sich mit der Durcharbeitung des Lehrbuches gibt, überhaupt angebracht ist und ob man sich nicht auf die allereinfachsten Dinge beschränken soll.

Ganz unbedingt notwendig ist die größte Beschränkung für die kurze Zeit des Wiederholungsunterrichts. Nach meinem Dafürhalten sind in diesem nur drei Dinge gründlichst zu üben: 1) eine gründliche Unterweisung in der Desinfektion; 2) eine ordentliche Einübung der äußeren Untersuchung und des Hörens der Herztöne mit Übung, die Geburt ohne innerliche Untersuchung zu leiten, und unter strenger Indikationsstellung für die innere Untersuchung. Die letztere braucht nicht besonders geübt zu werden; denn sie wird schon viel zu viel von den Hebammen ausgeführt. Gilt es doch bei den meisten Hebammen als Glaubenssatz, daß nach dem Blasensprung eine innere Untersuchung vorgenommen werden muß; 3) ist eine gründliche Schulung im Wärme- und Pulsmessen von allergrößter Wichtigkeit, da darin die Hebammen ganz Unglaubliches leisten. Die meisten ihrer Temperaturen bewegen sich ganz stereotyp zwischen 36,2° am Morgen und 36,5° am Abend. Wie sehr aber zur Verbreitung des Kindbettfiebers gerade Mangel und Unkenntnis einer ordentlichen Temperaturmessung beiträgt, weiß jeder Bezirksarzt. Vor allem gilt es mit der nicht bloß von Hebammen, sondern leider auch von Ärzten geübten und in dem vom Reichsgesundheitsamt herausgegebenen Krankenpflegebuch sogar abgebildeten schlechten Methode aufzuräumen, das Thermometer senkrecht zum Körper zu halten, weil damit nicht in der Achselhöhle, sondern nur zwischen Brustkorb und Oberarm gemessen wird, dadurch aber Fehlerquellen bis zu 1° bedingt werden. Man zeige den Hebammen, wie man nicht von oben her, sondern von unten her in die Achselhöhle gelangt und das Thermometer gleichgerichtet mit dem Körper liegen und nach oben gedrückt werden muß. Es wäre zu begrüßen, wenn diese richtige Art und Weise, zu messen, auch ins Hebammenlehrbuch aufgenommen würde.

Die Aufnahme der Säuglingspflege in den Wiederholungsunterricht halte ich wegen der beschränkten Zeit für ganz zwecklos. Man präge dafür den Hebammen ordentlich ein, daß der beste Schutz das Stillen ist. Selbst gegen Aufnahme dieses Zweiges in den Ausbildungsunterricht möchte ich mich wenden, da alles nur oberflächliche Tünche bleiben wird und die Hebammen nur zum Kurpfuschen verleitet. Wenigstens müßte dann die Ausbildungszeit wesentlich verlängert werden.

Den Wunsch nach einer besonderen Hebammentasche habe ich noch nicht gehabt. Die Tasche kann konstruiert sein wie sie will, sie wird stets verbotene, die Verunreinigung fördernde Dinge aufnehmen müssen. Am besten fährt man, wenn man die Heiligtümer wie Bürste, Nagelreiniger, Scheren, Katheter, Watte usw. in kleinen weißen Beutelchen, die sich die Hebammen zum Wechsel selbst herstellen können, unterbringen läßt.

Die Zulassung der Rektaluntersuchung ist nicht zu empfehlen, weil sie ein-

Digitized by Google

mal von den Hebammen nur schwer erlernt wird, vor allem aber, weil durch die im Mastdarm infizierten Handschuhe eine neue Schmutzquelle für die Tasche geschaffen wird.

Herr Pötter: Die Fortbildungskurse sind, soviel ich weiß, den Anregungen der Bezirksärzte zu verdanken, und wir Bezirksärzte haben ihre Einführung mit großer Freude und Genugtuung begrüßt. Auch die Einsichtigen unter den Hebammen haben selbst schon lange solche Kurse gewünscht. Aus meinem Verkehr im Hebammenverein weiß ich, wie sehr die Hebammen nach Fortbildung streben, wie dankbar sie sind, wenn ihnen Gelegenheit hierzu gegeben wird. Das habe ich auch vorigen Winter gesehen, als ich in der Frauenhochschule stellvertretend eine Vortragsreihe übernommen hatte: zahlreiche und mit die aufrichtigsten Zuhörerinnen stammten aus den Hebammenkreisen. Ich möchte die Mitglieder unserer Gesellschaft dringend bitten, doch in den Hebammenvereinen öfters Vorträge zu halten, sie würden kein dankbareres Auditorium sich wünschen können.

Jedenfalls glaube ich feststellen zu dürfen, daß das anfangs vielleicht gehegte Mißtrauen und der Widerwille einiger Hebammen gegen die Fortbildungskurse jetzt völlig geschwunden sind; vorausgesetzt natürlich, daß die Hebammen für die Dauer der Kurse eine geldliche Entschädigung für entgangenen Verdienst erhalten.

Was der Herr Vortr. über ein städtisches Mütter- und Säuglingsheim gesagt hat, trifft nicht in allen Stücken zu. Abgesehen von dem Mütterheim des Vereins »Mutterschutz« und dem »Säuglingsheim« in Connewitz besteht in der Pfleganstalt zu Lindenau eine eigene Abteilung für Schwangere und Wöchnerinnen. Diese Abteilung ist zwar nicht groß, entspricht aber dem Umfange nach der gegenwärtigen Nachfrage und würde bei steigendem Bedarfe zweifellos erweitert werden. Ganz gewiß ist zuzugeben, daß eine eigene Anstalt für diesen Zweck zu wünschen wäre, die nicht so, wie es in Lindenau der Fall ist, mit Anstalten anderer und verschiedenster Art verbunden wäre. Ich möchte aber andererseits zur Erwägung geben, ob es denn so ganz richtig ist, Schwangere und Wöchnerinnen in größerer Zahl gerade in einer Anstalt unterzubringen; der Anstaltsbetrieb ist teuer, und der Aufenthalt in Anstalten nicht immer zweckmäßig für viele Menschen. Man könnte vielleicht eher daran denken, in der Schwangeren- und Wöchnerinnenfürsorge das in Leipzig seit vielen Jahren bewährte System der Ziehkinderfürsorge nachzuahmen, nämlich Unterbringung der bedürftigen Frauen in ausgewählten Familien, die von Aufsichtsdamen zu kontrollieren wären.

Herr Littauer: Die Zeit, welche Herr Backhaus darauf verwendet hat, den Hebammen die aseptische Tamponade beizubringen, hätte besser zu anderen Zwecken ausgenützt werden können; L. glaubt, daß durch die Tamponade von seiten der Hebammen mehr Schaden wie Nutzen gestiftet würde. Da schon die vom Arzt draußen tamponierten Fälle uns Klinikern suspekt erscheinen, so wäre es am besten, den Hebammen die Tamponade ganz zu verbieten — wenigstens für die Großstadt, wo die Gefahr der Verblutung keine sehr große ist; die der Placenta praevia verdächtige Frau gehört von der ersten Blutung an in die Obhut des Gynäkologen.

Herr Zweifel: Der Satz des Herrn Littauer, daß die Zeit, welche Herr Backhaus darauf verwendete, den Hebammen die Asepsis der Tamponade beizubringen, besser zu anderen Zwecken hätte benutzt werden können, darf nicht unwidersprochen bleiben; denn dies zu lehren und darauf so viel Zeit zu verwenden, daß die von ihm unterrichteten Hebammen die Grundsätze der Asepsis

Digitized by Google

bei der Tamponade wissen müssen, ist Dr. Backhaus als Hebammenlehrer verpflichtet. Der Vorwurf der zwecklos verwendeten Zeit ist mittelbar gegen die Verfasser des sächsischen Hebammenlehrbuches gerichtet, das von Leopold und mir verfaßt wurde, und da kann und will ich bei der Wichtigkeit der Sache die Antwort nicht schuldig bleiben und mich durch Schweigen nicht meiner Verantwortlichkeit entziehen. Der entsprechende Satz des sächsischen Hebammenlehrbuches ist in vollem, gegenseitigem Einverständnis beider Verfasser gedruckt worden. In dem gleichen Paragraphen, in dem den Hebammen die Ausstopfung der Scheide mit Jodoformgaze bei Genitalblutungen Schwangerer für den Fall der Not gestattet wird, ist ihnen auch befohlen, sofort einen Arzt rufen zu lassen. Wenn aber eine Tamponade bei bedrohlichen Blutungen gestattet ist, so kann nichts dringlicher sein, als deren aseptische Ausführung gründlich in allen Einzelheiten zu lehren.

Mit dem Verwerfen der Tamponade ist ja Herr Littauer nicht allein, nur das Verbietenwollen habe ich meines Erinnerns von anderer Seite noch nicht gelesen. Bei der vielseitigen Abneigung gegen die Tamponade ist es eine undankbare Aufgabe, dieselbe zu verteidigen, und doch muß ich mich derselben unterziehen, weil ich die Verantwortung für die Zulassung derselben übernommen habe und ich nach meinen Erfahrungen die Verantwortung für das Weglassen oder gar für ein Verbot nie auf mich nehmen könnte.

Wenn je in einem Hebammenlehrbuch ein solches Verbot einmal Aufnahme fände, würde es nicht 5 Jahre lang bestehen bleiben. Die Verblutungstodesfälle, welche in wenig Jahren wegen des Verbotes vorkämen, würden mit gebieterischer Gewalt die Wiederzulassung der Tamponade begründen.

Aber ein solches Experiment darf an Menschen nicht gemacht werden.

Es ist jetzt geradezu Mode geworden, die Infektionsgefahr nach Tamponaden hervorzuheben, ohne daß bei diesen Preßäußerungen darauf Rücksicht genommen wird, wie die infizierenden Tamponaden gemacht wurden, ob sie mit desinfizierten Händen, nach einer vorausgegangenen Desinfektion der Frau, ob sie mit zuverlässig keimfreiem Material ausgeführt wurden und wie lange die Stopfungen liegen blieben.

Andererseits kann ich innerhalb weniger Jahre auf mehrere Todesfälle bei Placenta praevia verweisen, bei denen Frauen aus der Stadt Leipzig untamponiert in die Klinik eingeliefert wurden, daselbst pulslos ankamen und trotz aller Bemühungen nach einem geringen weiteren Blutverlust an Verblutung starben. Hat uns doch Herr Schweitzer vor wenig Jahren in dieser Gesellschaft in seinem Bericht über 100 Placentae praeviae zwei Verblutungstodesfälle vorgeführt, in denen die Tamponade — offenbar aus Angst vor der Infektionsgefahr — unterlassen worden war, die schon in ausgeblutetem Zustand in das Institut eingeliefert wurden.

Es macht einen großen Unterschied aus, ob man seine subjektive Meinung ohne eine Verantwortung für weite Kreise und die verschiedenartigen Verhältnisse der Praxis aussprechen kann oder zu einer solchen Verantwortlichkeit verpflichtet ist.

Herrn Littauer möchte ich auffordern, Ersatzmittel für die Hebammen anzugeben, welche den lebensgefährlichen Genitalblutungen Hochschwangerer im Falle der Not so gut Einhalt zu tun vermögen, wie eine Scheidenstopfung. Da die Gegner der Tamponade das nicht können bzw. solange sie das nicht vermögen, dürfen sie auch die Tamponade nicht verbieten wollen.

Gewiß hat die Betonung der Infektionsgefahr ihre gute Seite, indem sie

Digitized by Google

Ärzte und Hebammen zu größerer Gewissenhaftigkeit erzieht; aber es darf die Warnung nicht übertrieben werden.

Aus voller Überzeugung und nach einer Erfahrung, die nicht unbeachtlich ist, vertrete ich den Satz des sächsischen Hebammenlehrbuches, daß die Ausstopfung der Scheide bei lebensgefährlichen Blutungen unerläßlich, und daß die Aufmerksamkeit hauptsächlich auf eine gewissenhaft aseptische Ausführung zu richten ist.

Dann ist sie auch nicht mehr so infektionsgefährlich, wie jetzt von vielen Seiten behauptet wird. Selbstverständlich ist es auch uns lieber, wenn die Frauen bei Abort und Placenta praevia untamponiert eingeliefert werden, falls sie wegen Unterlassung der Stopfung nicht zu viel Blut verloren. Aber man kann nicht einmal für eine Großstadt die Gefahr einer Verblutung als gering bezeichnen, weil manchmal beim Abort und bei Placenta praevia die Blutungen überraschend im Schwall auftreten. Selbst da, wo der Transport einer Kranken nur ca. 1—2 Stunden in Anspruch nimmt, halte ich, wenn die Frau blutet, eine aseptische Tamponade während der Einlieferung für nötig.

Herr Backhaus (Schlußwort): Herr Pötter hat gesagt, daß die Ärzte gelegentlich in Hebammenvereinen Vorträge halten möchten. Dann müssen aber die betreffenden Ärzte die Hebammenvorschriften kennen und nicht entgegengesetzte Vorschriften empfehlen. Z. B. hat einmal ein Arzt den Hebammen die Anwendung von Rohmilch bei Säuglingen empfohlen. Das geht in der Hebammenpraxis, bei meist ungünstigen äußeren Verhältnissen schon wegen der Tuberkulosegefahr nicht. Vorzugsmilch können sich die meisten nicht leisten.

Mit Freuden habe ich von Herrn Pötter gehört, daß er gegen feste Anstellung der Hebammen ist. Wenn wir jetzt Hebammen für einzelne Bezirke mit festem Gehalt anstellen, lassen die Leistungen nach, da die Konkurrenz fehlt.

Herr Dr. Littauer kann sich anscheinend nicht in meine Lage als Hebammenlehrer versetzen. Ich persönlich schätze die Tamponade nicht und übernehme ungern Fälle, die von Arzt oder Hebammen tamponiert worden sind, aber ich glaube doch, daß die Hebammenvorschrift für Notfälle aufrecht erhalten werden muß, da auf dem Lande, wo ein Arzt zuweilen nicht rasch genug erreicht werden kann, einer Verblutung durch die Plac. praev. vorgebeugt werden kann. Ich habe gerade über diesen Punkt vor kurzem eine Aussprache mit Geh.-Rat Zweifel gehabt und kann auf seine Ausführungen verweisen. Die Tamponade steht mit Recht im Lehrbuch, und es muß daher in den Kursen gelegentlich die saubere Ausführung eingeschärft und auf die Gefahren aufmerksam gemacht werden. — Die von Herrn Kehrer erwähnte Rektaluntersuchung paßt nicht in die Hebammenpraxis, wie schon in der weiteren Diskussion gesagt wurde.

Endlich freue ich mich, von den meisten Diskussionsrednern, besonders von Herrn Hertzsch, herausgehört zu haben, daß man in der Menge des Lehrstoffs (z. B. bei der künstlichen Ernährung des Säuglings) bei den Hebammen nicht zu weit gehen soll, da dies zum Kurpfuschen verleitet. Vielen Hebammen sind die gesetzlichen Vorschriften (z. B. Desinfektion) nicht genügend geläufig. — Beseitigung des Platzmangels in der Klinik ist besonders wichtig.

Zeitschriften.

3) Monatsschrift f. Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. 38. Hft. 1/2.

Hft. 1. Artikel 1—9 sind als Vorträge der XV. Versammlung der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie bereits in diesem Blatte referiert.

Digitized by Google

10) Rosenstein (Breslau). Über Spaltuterus und seine Genese.

Im Anschluß an zwei selbstbeobachtete und operierte Fälle von Uterus bicornis unicollis werden die verschiedenen Hypothesen, welche die Hemmungsmißbildung zu erklären versuchen, besprochen. Der Spaltuterus wird von R. nicht als Erscheinung sui generis, sondern als Symptom einer Entwicklungsanomalie anderer, den Müller'schen Gängen benachbarter Organe aufgefaßt.

Im ersten Falle wurde bei 27jähriger IIpara durch Laparotomie ein rechtseitiges Dermoid zusammen mit dem unvollkommen entwickelten rechten Uterushorn entfernt, nachdem bei der vorausgegangenen Abrasio beider Hälften die rechte infolge ungewöhnlicher Brüchigkeit der Uteruswand perforiert war. Das Lig. recto-vesicale war auffallend stark ausgeprägt, desgleichen an Vorder- und Hinterfläche der Vagina ein medial verlaufender, 1 cm hoher Wulst. Beide Graviditäten hatten sich offenbar im linken Uterushorn entwickelt. Ungestörte Heilung.

Im zweiten Falle klagte die 30jährige Pat., IIpara, über Senkungsbeschwerden, die durch zwei — wie im I. Fall beobachtete — Längswülste der Scheide hervorgerufen waren.

Vaginal wurde der Uterus nach vorderer Kolpotomie hervorgewälzt, beide Hörner medial reseziert und die äußeren Hälften durch Catgutnähte vereinigt. Exzision der beiden Scheidenwülste. Am 20. Tage geheilt entlassen. Das Lig. recto-vesicale war in diesem Falle nur schwach ausgebildet.

11) Hypophysenextrakt als Wehenmittel. Sammelreferat von A. Hüffell (Darmstadt).

Hft. 2. A. Martin. Wilhelm Alexander Freund zum 80. Geburtstag.

1) O. Pankow (Düsseldorf). Der hohe Gradstand.

Einstellungsanomalie, die im Gegensatz zu früheren Angaben nicht zu selten beobachtet werden kann (Scanzoni 1mal unter 8000 Geburten, Baudeloque 5mal unter 12 633 usw., P. 16mal unter 4000). Von den 16 Fällen handelte es sich in 10 Fällen um Pos. occip. pub., in 4 Fällen um Pos. occip. sacralis, 1mal Steißlage, 1mal Gesichtslage. Der Rücken stand im Gegensatz zu früheren Angaben nicht genau vorn oder hinten, sondern war meistens seitlich abgewichen. Ein Mißverhältnis zwischen Kopf und Becken fand sich in 8 von 14 Fällen, kann also nicht als stets vorhandener ätiologischer Faktor angeführt werden.

Auch den Erklärungsversuchen von Henkel, Franqué und Liepmann kann P. nicht beipflichten, ohne aber in der Lage zu sein, eine allgemein gültige Ursache anzugeben; vielleicht handelt es sich nur um eine Haltungsanomalie.

Der Geburtsverlauf ist im allgemeinen protrahiert, wenn auch gelegentlich normale, sogar auffallend kurze Geburtszeiten beobachtet werden.

Eine Indikation zu Eingriffen liegt nicht ohne weiteres vor, sofern sie nicht durch ein enges Becken gegeben ist.

Verzögert sich der Eintritt des Kopfes, so empfehlen sich innere und äußere Handgriffe zur Drehung der Pfeilnaht in den queren Durchmesser.

Spontangeburt trat in mehr als der Hälfte der Fälle ein mit und ohne Drehung der Pfeilnaht.

Der beobachtete Gradstand bei Steißlage verlief spontan; bei der Gesichtslage unterzog sich die Mutter, um ein lebendes Kind zu bekommen, einer Sectio caesarea cerv. transperitonealis mit günstigem Ausgang für Mutter und Kind.

2) A. Müller (München). Über Kopfform und Geburtsmechanismus.

Die immer noch fehlende Einigkeit in der Bezeichnung der verschiedenen Kopflagen führt zu bedauerlichen Unklarheiten und Mißverständnissen. Verf.

Digitized by Google

wünscht deshalb, daß das in romanischen und englischen Ländern bereits anerkannte Einteilungsprinzip nach dem tiefsten Punkte des Kopfes und der Richtung des Rückens in Deutschland allgemein angenommen werde, so daß fünf Positiones (occipitalis, verticalis, sincipitalis, frontalis, facialis) unterschieden werden, die nach Richtung des Rückens in weitere Unterabteilungen zerfallen.

Im klinischen Unterricht sollen die gerade in der ärztlichen Praxis wichtigen seltenen Kopflagen und die vergleichende Untersuchung des Geburtsmechanismus berücksichtigt, sowie die zur Unterstützung oder Modifikation des Geburtsmechanismus erprobten Handgriffe und Operationen gelehrt werden.

Eingehende Besprechung der mechanischen Momente, Kopfform, Biegungsmöglichkeit der Halswirbelsäule bei den verschiedenen Kopflagen. Die Mittelscheitellage (Gleichstand beider Fontanellen) wird als vollwertige Lage nachdrücklich betont.

3) Lichtenstein (Leipzig). Weitere Erfahrungen mit der abwartenden Eklampsiebehandlung.

Die seit 2 Jahren in der Zweifel'schen Klinik durchgeführte, abwartende Eklampsiebehandlung hat bei 94 Fällen eine Mortalität von 5 Fällen = 5,3% ergeben. Von 102 in der Klinik geborenen Früchten kamen tot zur Welt oder starben in der Klinik 38 = 37,3%, lebensfähig waren 75, von denen 16 = 21,3% starben.

Von größeren Eingriffen wurde nur einmal in einem desolaten Falle die Kolpohysterotomia ant. mit letalem Ausgang gemacht, sonst wurden nur weniger eingreifende Operationen (Forceps, Wendung, Extraktion usw.) ausgeführt.

Von 81 Eclamps. ante part. heilten 34 interkurrent, von diesen kamen 21 Kinder lebend.

Psychosen wurden 2mal beobachtet.

In 54% der Fälle sistierten die Anfälle auf einmaligen Aderlaß.

Nach einem Vergleich der bei aktiver Therapie erzielten Resultate mit denen bei abwartender, der zugunsten letzterer ausfällt, resümiert L. aus den Statistiken der aktiven wie der abwartenden Therapie: »Frühbehandlung ist besser als Spätbehandlung.« Bei Anwendung des Stroganoff'schen Verfahrens wird noch besonders Seitenlage der Pat. empfohlen.

Die Krankengeschichten von 18 interkurrenten und 6 nicht interkurrenten, schweren Eklampsien ante part. sind beigefügt.

4) Sellheim (Tübingen). Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisation in einer Sitzung auf abdominellem Wege.

Die in neuerer Zeit bevorzugte einzeitige Uterusausräumung und Tubensterilisation hat bei vaginaler Ausführung beider Eingriffe den Nachteil beträchtlicher Blutungen selbst bei Benutzung der von S. angegebenen Drahtschlinge, mit der der Uterus hervorgezogen wird. Sterilisiert man vom Inguinalkanal oder nach Laparotomie, so verliert man durch Umlagerung und erneute Desinfektion der Pat. Zeit.

S. hat deshalb beide Operationen einzeitig per laparotomiam bisher 10mal bei Graviditäten vom 1. bis 5. Monat ausgeführt. Durch queren Fundalschnitt wird das Uteruskavum eröffnet, digital entleert und locker tamponiert, nachdem der Cervicalkanal durch den die Tamponade nach außen geleitet wird, dilatiert ist. Dann folgt Exzision der Tubenecken oder der ganzen Tuben, Unterbindung der Gefäße und Muscularis sowie Serosadecknaht.

5) H. Kondring (Posen). Basale, sphenoorbitale Meningokele.

Pat., der als 5. Kind von gesunder Mutter geboren wurde, kam wegen hochgradiger sphenoorbitaler Meningokele am Tage der Geburt zur Aufnahme.

Digitized by Google

Größter Umfang über der Geschwulst 54 cm, rechter Jochbogen in zwei Hälften auseinandergedrängt, äußere Orbitalrand fehlt, Os zygomat., Process. frontalis und Proc. zygom. endigen frei, Protrusio bulbi, Unterkiefer rechts luxiert, hängt frei am linken Oberkiefer.

Operation: Hautschnitt horizontal in Haargrenze über dem rechten Auge beginnend zum Ansatz der Ohrmuschel, dann vor dem Ohr nach unten verlaufend. Ausschälung der cystischen Geschwulst, die bis tief unter die Schädelbasis reichte und klare, gelbliche Geschwulst enthielt, Verschluß des Defektes der Schädelbasis mit der von Endothel möglichst befreiten Geschwulstkapsel, Einknickung des Jochbeins und Vernähung des Periosts der frei endigenden Knochen.

Primäre Heilung. Kind erholt sich bei Löffel- und später Flaschenernährung, stirbt nach 3 Monaten zu Hause unter Krämpfen und Erbrechen.

Die von Franzosen betonte hereditäre Belastung dokumentierte sich in diesem Falle durch Hexadaktylie einer Tante und geistiger Zurückgebliebenheit eines Bruders.

Ätiologisch wird die Mißbildung von den einen (Berger, Ernst) auf primäre Ausstülpung der Stirncyste oder frühzeitige neoplastische Vorgänge, von anderen (Lindfors, Cruveilhier, v. Recklinghausen) auf primären Schädeldefekt zurückgeführt.

Therapeutisch kommt nach der Abtragung der Geschwulst Payr'sche Ventrikeldrainage und Cushing'sche Drainage des subduralen Spinalraumes in das retroperitoneale Bindegewebe in Frage.

6) F. A. Loofs (Halle). **Paraffineinbettungsverfahren für Uterus und Ovarien.**

Fixierung und Härtung nicht zu lange (6—8—12—24) Stunden in 4%igem Formalin, Zedernöl-Aceton unter $^1/_2$stündlichem Wechsel 2—24 Stunden, Paraffin von 45° Schmelzpunkt in 48° Therm., dann Paraffin-Stearin-Wachsgemisch in Thermostate von 60°.

Das Verfahren verhütet Schrumpfung und ermöglicht brillante Färbung bei großen Schnitten.

Einzelheiten im Original einzusehen.

7) K. Sudhoff (Leipzig). **Antike Votivgaben, die weibliche Genitalien darstellen.**

Durch instruktive Bilder erläuterte Besprechung und Deutung der in archäologischen Sammlungen aufbewahrten, antiken Nachbildungen weiblicher Genitalorgane, die als Votivgaben in Heiltempeln geopfert wurden.

Schottelius (Hamburg).

Allgemeine Geburtshilfe.

4) **A. Bouth (London). Bemerkungen über Schwangerschaftstoxämien und hygienische Vorkehrungen vom geburtshilflichen Sandpunkt.** (Brit. med. journ. 1913. Juli 5.)

In England sterben jedes Jahr über 3000 Frauen an den Folgen der Geburt und 99 000 Kinder im 1. Lebensjahre, während 19 000 tot zur Welt kommen. Das sind Zahlen, die bei der zu gleicher Zeit abnehmenden Geburtenanzahl sicherlich Beachtung verdienen. Schon die Schwangerschaft sollte, wenn irgend angängig, ärztlich überwacht werden. Zur Erklärung der Ursachen für die verschiedenen, in der Schwangerschaft auftretenden Schädigungen muß die physiologische Chemie noch viel mehr als bisher herangezogen und benutzt werden. Durch sie allein ist

Digitized by Google

die Lösung so manchen Rätsels zu erwarten. Unsere Unwissenheit in betreff der Endursache der Schwangerschaftsalbuminurie, der Eklampsie, akuten, gelben Leberatrophie, Hyperemesis gravidarum, Chorea graviditatis und der puerperalen Psychose ist noch sehr groß. Man muß Blair Bell recht geben, welcher meint, daß eine gründliche Kenntnis der speziellen Funktionen jeder einzelnen Drüse mit innerer Sekretion und ein intensives Studium der Phänomene der Menopause in jedem einzelnen Falle uns ermöglichen werden, die bisher ungeklärten Symptome mit mehr Erfolg als bisher zu bekämpfen. Alle krankhaften Erscheinungen der Menopause mit Ovarin oder Lutein zu behandeln, wo doch oft Symptome eines gestörten Stoffwechsels einer anderen innersekretorischen Drüse zutage liegen, ist unlogisch. Die Laktation hängt nicht von einer Nervenreizung ab. Das konnte durch einen Fall, wo normale Geburt und Laktation 6 Monate nach vollständiger Paraplegie unterhalb des V. Dorsalwirbels eintrat, bewiesen werden. Es handelt sich vielmehr um den Effekt von Hormonen aus dem hinteren Lappen der Hypophyse, dem Corpus luteum, dem sich involvierenden Uterus und der Mamma selbst. Um die Mitte der Gravidität sollte in allen Fällen eine genaue Untersuchung eventuell auch des Beckens stattfinden, der Urin ist nicht zu vergessen und bei vorhergegangenen Aborten und Totgeburten ist der Harnstoff festzustellen. Der Vorschlag Ballantyne's, Schwangerschaftsabteilungen in Krankenhäusern zu errichten, ist unbedingt zu unterstützen. Die Hygiene für das Kind hat nicht erst nach der Geburt, sondern schon in der Schwangerschaft einzusetzen. Ein Kind hat das Recht, gesund geboren zu werden. Durch Verabreichung kleiner Dosen Hg während der Gravidität kann bei vorliegender hereditärer Lues bewerkstelligt werden, daß manches Kind gesund zur Welt kommt. Außer der Lues sind die drei Hauptursachen der Totgeburten die Albuminurie, das enge Becken und die fehlerhaften Lagen. Man nimmt an, daß, wenn alle Frauen in der Schwangerschaft genau beobachtet werden, ungefähr die Hälfte aller totgeborenen Kinder lebend zur Welt kämen. Auf diese Weise würden in England jährlich 10 000 Kinder gerettet werden. Wenn in den Hospitälern bei allen Aborten und Totgeburten der Fötus, die Placenta und die Eihäute genau studiert würden, könnte ein großer Nutzen daraus erwachsen. Die Mortalität der Kinder unter einem Jahre beträgt jetzt in England ungefähr $10^1/_2$%, während sie 1899 16,3% betrug, das bedeutet eine Lebensrettung von über 52 000 Kindern im Jahre. Trotzdem bleibt noch viel zu wünschen übrig. Von 1000 Geburten sterben 11,5 Kinder in den ersten 24 Stunden, 24,6 Kinder in der 1. Woche, 30,3 Kinder in den ersten 14 Tagen und 39,75 Kinder während des 1. Monates. Von je 10 Kindern, welche im Laufe des 1. Jahres sterben, sterben 4 im 1. Monate.

Sieber (Grunewald-Schmargendorf).

5) **Bittner. Über Schwangerschaftsveränderungen an der Leber und anderen Organen.** Inaug.-Diss., Gießen, 1913.

Die von Hofbauer beim Menschen gefundenen Schwangerschaftsveränderungen an Leber und Niere sollten durch Untersuchungen am trächtigen und nichtträchtigen Tiere nachgeprüft werden. Dabei sollte gleichzeitig festgestellt werden, ob es überhaupt für die Schwangerschaft typische und nur durch diese zu erklärende Veränderungen an den genannten Organen gäbe. Es ließen sich aber die Hofbauer'schen Angaben am Tiermaterial nicht bestätigen. Man soll also von dem Begriff der »Schwangerschaftsleber« ganz absehen. Ebenso verhält es sich mit den als charakteristisch angegebenen Veränderungen an anderen Organen, insbesondere der Niere.

Knoop (Duisburg).

Digitized by Google

6) **C. Rübsamen** (Dresden). **Weiterer Beitrag zur Schwangerschaftsserumtherapie der Schwangerschaftstoxikosen.** (Deutsche med. Wochenschrift 1913. Nr. 20. p. 931.)

Ein Fall von Schwangerschaftspruritus und ein Fall von Herpes gestationis wurden durch Injektion von Schwangerenserum geheilt. Behne (Kiel).

7) **Zangemeister** (Marburg). **Dritte Mitteilung über v. Behring's neues Diphtherieschutzmittel.** (Deutsche med. Wochenschrift 1913. Nr. 21. p. 977.)

Verf. gelang es nicht, bei Schwangeren durch Injektion des v. Behring'schen Diphtherietoxinantitoxingemisches eine Giftimmunität zu erzeugen, die nicht nur das behandelte Individuum selbst, sondern auch das Neugeborene zu schützen imstande ist.

Auch Neugeborene lassen sich mit dem Gemisch ohne jeden Nachteil immunisieren. Behne (Kiel).

8) **Grumann** (Altona-Bahrenfeld). **Zur Kasuistik der Pituitrinwirkung.** (Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 26.)

Der Verf. warnt vor der Anwendung des Pituitrins während der Eröffnungsperiode. Er beschreibt einen Fall einer 32jährigen Erstgebärenden mit primärer Wehenschwäche und starker Rigidität der Cervix. Auf wiederholte Pituitrineinspritzungen trat starker Tonus der Uterusmuskulatur auf. Stundenlang bestanden Krampfwehen. Dann zeigte sich ein intensiver Schmerz in der Kreuzbeingegend. Unter Temperatursteigerung und Beschleunigung des Pulses bis auf 160 entleerte sich aus der Cervix fäkale Flüssigkeit. Als Folge des stundenlangen Druckes des kindlichen Schädels gegen das Kreuzbein war eine Nekrose des zwischenliegenden Gewebes und eine Mastdarm-Cervixfistel eingetreten, die sich im Verlaufe des Wochenbettes spontan schloß. Die Geburt konnte wohl mit der Zange beendigt werden, das Kind war aber schwer asphyktisch und starb nach 7 Tagen an einer Sepsis, die sich von einer kleinen durch die Zange gesetzten Verletzung aus am linken Auge entwickelt hatte.

Der Verf. bezweifelte auch, ob das Pituitrin für die Austreibungsperiode sich so bewähren wird, wie es bis jetzt den Anschein hat.

Frickhinger (München).

9) **R. de Porenta** (Turin). **Wirkung der Extrakte der Glandula pituitaria in Geburtshilfe und Gynäkologie.** (Rossegna d'obstetr. e ginec. 1913. Nr. 12.)

Der Verf. bestätigt an der Hand von 25 eigenen Beobachtungen im wesentlichen die Resultate seiner Vorarbeiter; er fand prompte Wirkung, wenn schon Wehen vorhanden waren; Versagen zur Provokation des Abortes, bezweifelt trotz zweier eigener Fälle die Möglichkeit, die Geburt in Gang zu bringen. Nachblutungen wurden gelegentlich beobachtet; die Nachgeburtsperiode war regelmäßig kurz (einmal 20 Minuten, 3mal 15 Minuten, 10mal 5 Minuten. Die übrigen Male noch kürzer). Auch zur Bekämpfung der puerperalen Dysurie erwies sich der Extrakt brauchbar. Alle drei Handelspräparate hatten gleiche Wirkung.

Küster (Breslau).

10) **Sievert** (Osnabrück). **Lehren für die Desinfektion in der Geburtshilfe und für die Behandlung der Nachgeburtsblutungen an der Hand von 42 manuellen Placentarlösungen.** (Deutsche med. Wochenschrift 1913. Nr. 23. p. 1100.)

Zusammenfassung: 1) Die Antiseptik kann in der Geburtshilfe nicht entbehrt

Digitized by Google

werden; die Asepsis genügt nicht, namentlich nicht in der Geburtshilfe des praktischen Arztes und der Hebammen.

2) Saure Scheidenspülungen (Alsollösung) sind in gewissen Fällen bei Geburten empfehlenswert.

3) Gummihandschuhe sind in der Regel bei den geburtshilflichen Eingriffen unnötig.

4) Der Verblutungstod nach Geburten läßt sich durch prophylaktische Maßnahmen (Messen des Blutabganges, Beachtung der Breitenausdehnung des Uterus, frühzeitige Anwendung des Rissmann'schen Aortenkompressoriums) wesentlich einschränken. Behne (Kiel).

11) **N. S. Heaney** (Chicago). **Geburt conduplicato corpore.** (Surgery, gynecology and obstetr. Vol. XVI. Nr. 6.)

Ein mittelgroßes, zweites Zwillingskind wurde nach Spontanfraktur eines Temporal- und Parietalbeines conduplicato corpore geboren. Die Zahl der bisher sicher beobachteten Fälle solcher Geburten ist klein, bisher wurden nur 14 aus der Literatur gesammelt, während die Zahl der Geburten nach dem Mechanismus der Selbstentwicklung größer ist. Robert Stern (Offenbach).

12) **F. W. Lynch** (Chicago). **Cervicale Decidua.** (Surgery, gynecology and obstetr. Vol. XVI. Nr. 6.)

Aus der Literatur konnte Verf. 22 Fälle von Deciduabildung in der Cervix zusammenstellen, denen er einen weiteren Fall anreiht. Es handelt sich um eine Schwangerschaft, in der starke Blutungen aus polypenartigen Exkreszenzen der Cervixschleimhaut eintraten, weshalb die Schwangerschaft unterbrochen wurde. Probeexzisionen aus der Cervix zeigen deutliche, deciduale Reaktion.

Robert Stern (Offenbach).

Eklampsie.

13) **E. Gustav Zinke** (Cincinnati). **Ein kritischer Rückblick auf die medizinische und operative Behandlung der puerperalen Eklampsie.** (Amer. journ. of obst. and dis. of w. and children 1913. Juni.)

Der Verf. bekennt sich als Anhänger einer von ihm ausgearbeiteten, abwartenden Eklampsiebehandlung. Dem Satz von Bumm, daß durch sofortige Entbindung nach dem ersten Anfalle die Mortalität auf 5% heruntergedrückt werden könnte, wird die Erfahrung von Peterson entgegen gehalten, daß in 50% der Fälle die Anfälle nach der Entbindung noch fortdauern; damit wie durch zahlreiche andere Statistiken sei erwiesen, daß die operative Schnellentbindung die Neigung zu Anfällen nicht wesentlich verringert. Weiter ließ sich bei 530 von Peterson zusammengestellten Fällen, in denen sofort nach dem ersten Anfalle die vaginale Sectio vorgenommen wurde, die Mortalität nur auf 18—21% herunterdrücken. Mit anderen Worten, die Mortalität ist trotz der Schnellentbindung um fast 2% höher als bei den verschiedenen Methoden abwartender Eklampsiebehandlung. Der Verf. selbst hatte mit seiner Methode unter 30 Fällen nur 13,3% Mortalität. Auf Grund dieses Ergebnisses wird die operative Behandlung der Eklampsie einschließlich der Dekapsulation verworfen. Das Wesentliche der Therapie des Verf.s ist die Verabreichung von Veratrum viride subkutan und Chloralhydrat per rectum; Kochsalzinfusionen, Seifenwasserklysmen vervollständigen die Behandlung. Das Veratrum viride wird bewußt dem Morphin vorgezogen, da letzteres

Digitized by Google

den posteklamptischen Stupor verlängert. Die Dosis ist 1 ccm der Norwoodschen Tinktur und wird jede Stunde wiederholt, so lange bis die Pulsfrequenz auf 60 abgesunken ist. Jaschke (Gießen).

14) **Prentiss Wilson** (Washington). **Beitrag zum Studium der Eklampsie als einer Toxämie, die möglicherweise mammären Ursprungs ist.** (Amer. journ. of obst. and dis. of w. and children 1913. Juni.)

Verf. gibt zunächst eine vergleichende Zusammenstellung über die Symptome der Gebärparese der Kühe (die in seltenen Fällen auch bei Schwein und Ziege vorkommt) und der Eklampsie. Für die Gebärparese darf als sichergestellt gelten, daß es sich um eine durch Störung der Mammasekretion hervorgerufene Intoxikation handle. Die mammäre Theorie der Eklampsie stützt sich auf die Ähnlichkeit der Symptome der beiden Erkrankungen. Indessen sind doch gewisse Unterschiede vorhanden. So befällt die Gebärparese fast nie Erstgebärende, kommt fast nur postpartal vor, steht in direktem Verhältnis zur Stärke der Milchproduktion; ferner findet sich im Harn derartiger Kühe fast regelmäßig Zucker. Durch die Sauerstoffinsufflation der Euter ist die Mortalität der Gebärparese von 50% auf weniger als 1% heruntergedrückt worden.

Wenn sonach die mammäre Theorie der Eklampsie auch nicht nach jeder Richtung gestützt erscheint, so hält Verf. es doch durchaus für falsch, die Theorie einfach lächerlich machen zu wollen; vielmehr erscheint es ihm durchaus der Mühe wert, ihre Grundlagen weiter zu studieren. Dazu würde erforderlich sein, erstens eine sorgfältiges pathologisches und klinisches Studium der Gebärparese, Feststellung des toxischen oder nichttoxischen Charakters des Kolostrums Eklamptischer und weitere Versuche mit Sauerstoffinsufflation der Brüste bei Eklampsie, eine Behandlung, die auf jeden Fall harmlos ist.

Jaschke (Gießen).

15) **William Pfeifer** (Brooklyn, N. Y.). **Gegenwärtige Ansichten über die Schwangerschaftstoxämien.** (Amer. journ. of obst. and dis. of w. and children 1913. Juni.)

Die Schwangerschaft ist ein dem Pathologischen so naher Zustand, daß geringfügige Abweichungen bereits ganz ins Pathologische hinüberführen. Die verschiedenen Schwangerschaftstoxämien sind wahrscheinlich nur verschiedene Phasen und Grade einer und derselben Erkrankung. Zwei große Haupttypen lassen sich unterscheiden: ein renaler und ein hepatischer. Ersterer ist charakterisiert durch starke Albuminurie, Ödeme, hohen Blutdruck, nervöse Störungen, Kopfschmerz, letzterer durch Erbrechen, Ikterus, Pruritus, Neigung zu Blutungen bei Fehlen oder nur wenig ausgesprochener Albuminurie und Ödemen. Die Eklampsie ist als der höchste Grad der Schwangerschaftstoxämie, mit Beteiligung von Leber und Niere anzusehen, die sofortige Entleerung des Uterus die beste Therapie derselben. Jaschke (Gießen).

16) **J. Haddon** (Hawick). **Behandlung der Eklampsie.** (Brit. med. journ. 1913. Juni 7.)

Mitteilung eines Falles, welcher durch Verabreichung kleiner, häufiger Dosen von weinsaurem Kali rasch zur Heilung kam.

Sieber (Grunewald-Schmargendorf).

17) **Skopova.** **Die Stroganoff'sche Therapie der Eklampsie.** (Casopis ceskych lékaruv 1913. Nr. 16. [Böhmisch.])

Bericht über vier Eklampsiefälle, welche nach Stroganoff behandelt wurden. Drei Pat. wurden vollkommen geheilt (darunter auch eine, bei welcher die Venae-

Digitized by Google

sektion nach Zwelfel neben der Stroganoff'schen Therapie ausgeführt wurde), eine Pat. gestorben (bei derselben ebenfalls Venaesektion ausgeführt). Die Behandlung geschah präzis nach der Vorschrift von Stroganoff.

Jar. Stuchlik (München).

18) **E. L. W. Dunbar** (Clifton). **Schilddrüsensubstanz bei Eklampsie.** (Brit. med. journ. 1913. Juni 14.)

Verf. hat in zwei Fällen Schwindel, Ödeme, Albuminurie nach Verabreichung der Substanz verschwinden sehen. Es gibt Individuen, bei welchen die Schilddrüsensekretion unternormal ist. Bei solchen kann die Drüse den vermehrten Ansprüchen während der Gravidität nicht genügen. Eine kompliziertere Theorie beruht auf dem Zusammenhang zwischen der Schilddrüse und dem Urogenitalsystem. Ist die Ovarialsekretion unternormal, aber doch für gewöhnlich ausreichend, so wird in der Gravidität, wo ohnedies die Ovarientätigkeit reduziert ist, die Sekretion noch mehr herabgesetzt und vielleicht aufgehoben. Dadurch wird die Beziehung zur Schilddrüsensekretion gestört und der Einfluß auf dieselbe hört mehr oder weniger auf. Jedenfalls sollte die prophylaktische Behandlung der Eklampsie mit Schilddrüsensubstanz ausgiebig versucht werden. Verf. kann nicht finden, daß die Gegner Mißerfolge anführen können.

Sieber (Grunewald-Schmargendorf).

19) **Jardine** und **Kennedy** (Glasgow). **Drei Fälle symmetrischer Nekrose der Nierenrinde, zugleich mit puerperaler Eklampsie und Urinverhaltung.** (Lancet Vol. CLXXXIV. Nr. 4680. 1913. Mai 10.)

Zwei Fälle führten mit Krämpfen, einer ohne Krämpfe zum Tode im Koma. Bei allen drei bestanden Ödeme, Albuminurie und schließlich Harnverhaltung von $4^1/_2$, $2^1/_2$ und 2 Tagen. In der Nierenrinde waren bei allen Fällen symmetrische Nekrosen, die vorwiegend in den äußeren $^2/_3$ lagen. Mikroskopisch fanden sich ausgedehnte Thrombosen der Rindengefäße. Es bleibt unentschieden, ob die Nekrose das Primäre und die Thrombose das Sekundäre ist, oder umgekehrt; wahrscheinlich ist die Nekrose primär durch das Eklampsietoxin hervorgerufen.

Hans Schlimpert (Freiburg).

20) **O. Kutvirt** (Prag). **Über die Beziehungen der Otitis zu der Eklampsie der Kinder.** (Casopis ceskych lékaruv 1913. Nr. 27. [Böhmisch.])

Von den elf beobachteten Eklampsien der Kinder wurde bei allen auch Otitis media konstatiert; nach der Behandlung, eventuell Ausheilung der letzteren Erkrankung verschwanden auch die Krämpfe gleich unmittelbar darauf, so daß an einen Zusammenhang, an welchen bisher in der Literatur nicht aufmerksam gemacht wurde, gedacht werden muß. Anatomisch läßt sich der Zusammenhang beider Erkrankungen leicht begreifen, aber das plötzliche Verschwinden der eklamptischen Erscheinungen nach der Parazentese bedarf weiterer Untersuchungen.

Jar. Stuchlik (München).

21) **Halliday Croom.** **Zwei instruktive Fälle von Pseudoeklampsie: 1. Hirntumor; 2. Meningitis.** (Journ. of obstetr. and gyn. of the brit. empire Vol. XXIII. Nr. 4. 1913. April. p. 213.)

1) Plötzlich einsetzende Krämpfe bei einer 24jährigen Zweitgebärenden im 7. Schwangerschaftsmonat; kein Eiweiß im Urin, Beine nicht ödematös. Tod nach 24 Stunden. Bei der Sektion findet sich ein Cholesteatom des linken Frontallappens von der Größe einer Mandarine.

2) 16jährige Primipara. Erster Anfall 1 Stunde nach der Geburt, nach

Digitized by Google

12 Stunden Exitus. Bei der Sektion zeigt sich eine beginnende tuberkulöse Meningitis.

Das wichtigste Unterscheidungsmerkmal der Krämpfe rein zerebraler Art gegenüber denen durch Graviditätstoxikosen hervorgerufenen ist das Fehlen von Harnveränderungen. Hans Schlimpert (Freiburg).

Abderhalden's Reaktion.

22) **Ernst Heilner und Th. Petri (München). Über künstlich herbeigeführte und natürlich vorkommende Bedingungen zur Erzeugung der Abderhalden'schen Reaktion und ihre Deutung.** (Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 28.)

In einer »vorläufigen Mitteilung« hatte Petri mittels der Abderhaldenschen Methode festgestellt, daß die nach F. Poensgen's Versuchen beobachtete Steigerung der N-Ausscheidung nach Zufuhr arteigenen Serumeiweißes auf dem Auftreten der Fermente beruht, welche arteigenes Eiweiß abbauen. Durch zahlreiche Versuche wies P. ferner nach, daß sogar individuumeigenes Serum schon kürzeste Zeit, nachdem es injiziert worden ist, das Erscheinen von spezifischen, arteigenes Gewebe abbauenden Fermenten zur Folge hat. Die Schnelligkeit des Auftretens dieser Fermente legt die Vermutung nahe, daß lediglich eine stets vorhandene Fermentvorstufe aktiviert wird. Zur Erregung dieses Vorganges bedarf es nur einer allerkleinsten Menge des wirksamen Stoffes.

Die Abderhalden'sche Reaktion trat auch stets ein, wenn einfach durch Erzeugung eines künstlichen Hämatoms unzerlegtem Eiweiß Gelegenheit gegeben wurde, ins Blut überzutreten. Aber die Tatsache einer Organspezifität konnte nicht festgestellt werden. Sowohl bei intravenöser Injektion des individuumeigenen Serums als auch bei den Hämatomversuchen wurden die verschiedensten Organe, Muskel, Placenta, Leber und Serumeiweiß abgebaut.

Schließlich hat dann P. noch eine größere Reihe von Versuchen angestellt. um zu prüfen, ob die während der Schwangerschaft sich bildenden Fermente spezifisch auf Placenta wirken. Dies war nicht der Fall. Es wurde auch anderes, arteigenes Gewebe abgebaut.

So kommen die Verff. zu dem Resultate, daß die bisher herrschende Anschauung von der Organspezifität der Schwangerschaftsfermente gegenüber Placenta nicht aufrecht zu erhalten ist. Ebensowenig kann nach Ansicht der Verff. die Abderhalden'sche Reaktion beweisend für die Schwangerschaft sein. Die Reaktion wird auch bei Nichtschwangeren auftreten, wenn z. B. durch einen Bluterguß, Hungerzustand, Fieber, Karzinom usw. Bedingungen zur Aufnahme von körpereigenem Eiweiß ins Blut gegeben wird.

Frickhinger (München).

23) **Erich Frank und Felix Rosenthal. Experimentelle Untersuchungen über die Spezifität der proteolytischen Schutzfermente (Abderhalden).** (Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 26.)

Die Resultate Ohta's, welcher nachwies, daß bei der spezifischen Hämolyse proteolytische Vorgänge keine wesentliche Rolle spielen, stimmen mit den Untersuchungen der Verff. vollkommen überein. Die proteolytischen Schutzfermente stehen in keiner unmittelbaren Beziehung zu den nach parenteraler Eiweißzufuhr im Organismus auftretenden spezifischen Immunkörpern.

Frickhinger (München).

Digitized by Google

24) **Erich Frank, Felix Rosenthal und Hans Biberstein** (Breslau). **Experimentelle Untersuchungen über die Spezifität der proteolytischen Abwehr-(Schutz)fermente (Abderhalden). 2. Mitteilung.** (Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 29.)

Weitere Versuche, bei welchen die Technik durch sog. Summationskontrollen verschärft wurde, ergaben, daß die Injektion von Hammelnierenbrei beim Kaninchen (parenterale Zufuhr blutfremder Organproteine) reichlich proteolytische Schutzfermente auslöst, welche vorzugsweise auf Organeiweiß (Hammelniere, Hammelleber, Kaninchenleber, Kaninchenniere), weniger auf heterologes, nicht organisiertes Eiweiß einzuwirken scheinen. Weiterhin ergab sich das interessante Resultat, daß menschliche Placenta durch die in genannter Weise erzielten Schutzfermente weit stärker abgebaut wird als anderes Organeiweiß. Beim Tierexperiment wird nun blutfremdes Material in großer Masse dem Körper zugeführt. Auf dieser hohen Intensität der Materialzufuhr beruht es vielleicht einerseits, daß gerade auf Placenta eingestellte Fermente in der Blutbahn auftreten — beim Menschen finden sich vielleicht solche Bedingungen, wenn Sera Karzinomkranker Placenta abbauen —, und andererseits, daß eine eigentliche Spezifität der proteolytischen Schutzfermente im Tierexperiment nicht ohne weiteres zutage tritt. Wenn dagegen, wie die Verff. es taten, bei einem Tiere Hammelnierenbrei wiederholt injiziert wird, so verschwindet das nach der ersten Injektion erschienene Placenta abbauende Ferment, und es bleibt nur ein auf Nierengewebe elektiv eingestelltes Ferment. Es scheint, daß bei der Sensibilisierung des Organismus je nach der Art der Behandlung eine ganze Skala von Fermenten spezifischer und unspezifischer Natur im Kreislauf auftreten. Die Entstehung der spezifischen proteolytischen Schutzfermente beim Menschen ist vielleicht in der kontinuierlichen Zufuhr geringer Mengen blutfremden Materials begründet, wie es bei der Schwangerschaft, beim Karzinom, bei Geisteskrankheiten, Morbus Basedowii der Fall sein mag. Frickhinger (München).

25) **Lichtenstein. Zur Serumreaktion nach Abderhalden.** (Münch. med. Wochenschrift 1913. Nr. 26.)

Die Ninhydrinreaktion wurde an der Leipziger Klinik an 76 Fällen vorgenommen, und zwar stets unter Beobachtung der von Abderhalden angegebenen Verschärfungen der Methode. Es waren 42 Gravide und 34 Nichtgravide. Der Verf. kam zu dem sicheren Ergebnis, daß es gelingt, mit Hilfe des Dialysierverfahrens — die optische Methode wurde noch nicht geprüft — die Schwangerschaft zu diagnostizieren (s. d. Referat über den XV. Gynäkologenkongreß Nr. 23, p. 845). Die Fälle, bei welchen trotz des Vorhandenseins von Eiteilen die Reaktion negativ ausfiel, sind so gelagert, daß sie erst recht die Schärfe der Methode dartun. Denn bei der klinischen Würdigung zweier dieser Fälle ergab sich, daß es ganz ausgeschlossen war, daß zurzeit die Vornahme der Reaktion ein Stoffaustausch zwischen den Eiteilen und dem mütterlichen Organismus noch stattfand. In einem Falle war der Fötus mazeriert und plattgedrückt und mußte seiner Länge nach 3—4 Wochen vorher abgestorben sein. Der zweite Fall betraf eine Bauchhöhlenschwangerschaft, bei der die Frucht ca. 6 Monate ante operationem abgestorben war und Placenta und kleinere Knochen durch eine Kommunikation mit dem Darm entleert worden waren. Umgekehrt hatte in einem weiteren Falle der positive Ausfall der Ninhydrinprobe fälschlicherweise zur Diagnose auf Extrauteringravidität geführt. Es lag ein subseröses Myom vor, im Uterus aber saß ein ca. 2 cm langer und $1^1/_2$ cm breiter, weicher Placentarpolyp, der einen Stoffaustausch mit dem mütterlichen Blut unterhielt.

Digitized by Google

Diese Fälle sind allerdings ein Beweis, wie verlässig die Methode in der Hand geübter Untersucher sein kann, sie beweisen aber auch, wie Verf. selbst hervorhebt, daß bei der Indikationsstellung zu operativen Eingriffen der Ausfall der Reaktion nicht allein maßgebend sein darf.

Weiterhin berichtet Verf. über einen Fall, welcher die Anschauung Abderhalden's als richtig erweist, daß nämlich zum Zustandekommen der Schwangerschaftsreaktion nicht ein massenhaftes Anschwemmen von Chorionzotten ins mütterliche Blut notwendig ist. Es lag eine gestielte Tubargravidität vor, bei der die Chorionzotten nicht tief in Venenlumina am Fimbrienende hineingetaucht haben können oder in Blutgefäße am Peritoneum. Die Reaktion war positiv (cf. Zentralblatt für Gynäkologie 1913, Nr. 30, Sitzungsbericht der Leipziger Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie). Frickhinger (München).

26) **Arno Ed. Lampé** und **Lavinia Papazolu. Serologische Untersuchungen mit Hilfe des Abderhalden'schen Dialysierverfahrens bei Gesunden und Kranken. Studien über die Spezifität der Abwehrfermente. Erste Mitteilung. Untersuchung bei Gesunden.** (Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 26.)

Durch die hier in Aussicht gestellten Arbeiten soll eine systematische, serologische Durchforschung der Pathologie auf möglichst breiter Basis vorgenommen werden. Die verschiedensten Krankheitszustände, speziell die Störungen auf dem Gebiete der inneren Sekretion sollen Gegenstand der Untersuchungen werden. Das Serum der Kranken soll mit den Organen, bei denen eine Störung im Einzelfalle zu erwarten ist, zusammengebracht und so gewissermaßen nach den Abwehrfermenten gefahndet werden. Auch sollen die Seren zur Einwirkung auf die allerverschiedensten, heterogensten Organe gebracht werden. Vor allem soll auch der Frage der Spezifität der Abwehrfermente näher getreten werden.

Zunächst war es nun notwendig, das Serum von Normalen, sich im physiologischen Gleichgewichte Befindlichen auf eventuell vorhandene Fermente hin zu untersuchen. Es wurden mit dem Abderhalden'schen Dialysierverfahren 30 Seren normaler, organgesunder Menschen mit den verschiedensten Substraten zusammengebracht. Einzelne der Versuchsprotokolle, sowie auch wichtige Punkte aus der Technik sind in der vorliegenden Arbeit wiedergegeben. Das Resultat ist, daß das Serum normaler Menschen nicht das geringste Abbauungsvermögen den verschiedensten Substraten, wie Schilddrüse, Thymus, Leber, Pankreas, Muskelgewebe, Nebenniere, Ovarien, Hoden, Placenta, Karzinom gegenüber besitzt, bzw. daß sich im Normalserum keine auf irgendein Organ eingestellte Fermente nachweisen lassen (cf. Zentralblatt für Gynäkologie 1913, Nr. 30, Sitzungsbericht der Leipziger Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie).

Frickhinger (München).

27) **Arno Ed. Lampé** (Halle a. S.) und **Lavinia Papazolu** (Bukarest). **Serologische Untersuchungen mit Hilfe des Abderhalden'schen Dialysierverfahrens bei Gesunden und Kranken. Studien über die Spezifität der Abwehrfermente. Zweite Mitteilung. Untersuchungen bei Morbus Basedowii, Nephritis und Diabetes mellitus.** (Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 28.)

Den hauptsächlichsten Inhalt dieser Abhandlung stellen die auch uns am meisten interessierenden Untersuchungen über die Basedow'sche Krankheit dar. Durch die Serumuntersuchung bei 25 weiblichen Basedowkranken glauben die Verff. folgende Kardinalpunkte klären zu können: Da in allen Fällen Basedow-

Digitized by Google

schilddrüse abgebaut wurde, so muß es sich beim Basedow um die Produktion eines in seiner Beschaffenheit von der Norm abweichenden Sekretes der Schilddrüse, um einen Dysthyreoidismus handeln. Es muß aber auch eine dysfunktionierende Thymusdrüse vorhanden sein, denn in fast allen Fällen erfolgte Abbau von Thymusgewebe. Aus dem in den meisten Fällen sich zeigenden Abbau von Ovarialgewebe ist weiter zu schließen, daß auch eine Keimdrüsenstörung im Sinne einer Dysfunktion vorliegt. Schließlich scheinen die Untersuchungen der Verff. für eine weitgehende Spezifität der Abwehrfermente zu sprechen. Denn dem Abbau von Basedowschilddrüse steht der Nichtabbau von normaler Schilddrüse gegenüber, dem Abbau von Ovar durch das weibliche Basedowserum der Nichtabbau von Testikel, schließlich dem Abbau von Schilddrüse, Thymus und Ovarien der Nichtabbau von Niere, Muskelgewebe, Placenta, Nebenniere (und Hoden).

Das Serum von Nephritikern und Diabeteskranken baute keines von den verwendeten Organen ab. Vorläufig konnten jedoch nur Normalorgane zur Verwendung kommen. Frickhinger (München).

28) **Zdzislaw Steising** (Lemberg). **Über die Natur des bei der Abderhalden'schen Reaktion wirksamen Fermentes.** (Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 28.)

Die als »Vorläufige Mitteilung« bekannt gegebenen Untersuchungen des Verf.s gingen von der Vermutung aus, daß das Abderhalden'sche Ferment in die Klasse der Bakterio-, Cyto- und Proteolysine gehöre. Es müßte dann Ambozeptorencharakter besitzen und aus einem thermostabilen, spezifischen Ambozeptor und einem thermolabilen, nichtspezifischen Komplement bestehen. Die Versuche wurden in der Weise ausgeführt, daß stark Abderhalden-positive Blutsera durch einstündiges Erwärmen bei 58° C inaktiviert und hierauf mit Abderhalden-negativen Menschen- bzw. Meerschweinchenseren komplementiert wurden. Auf diese Weise wurden 10 Sera von Graviden untersucht. Die Resultate waren vollkommen übereinstimmend im Sinne der Ambozeptornatur des Abderhalden'schen Fermentes.

Nach dieser Feststellung könnte die Abderhalden'sche Reaktion auch auf ältere Sera angewendet werden, wenn diese inaktiviert und mit frischem männlichem Serum reaktiviert werden. Frickhinger (München).

29) **Jaworski und Szymanowski** (Krakau). **Beitrag zur Serodiagnostik der Schwangerschaft.** (Wiener klin. Wochenschr. 1913. Nr. 23.)

Verff. machen besonders auf einige Fehlerquellen aufmerksam, die durch das Material der Dialysatoren bedingt sind. Nach ihren Erfahrungen sind die Dialysatoren außerordentlich ungleichmäßig, indem die einen bereits Eiweißspuren durchtreten lassen, während die anderen so kompakt sind, daß selbst die Eiweißspaltprodukte außerordentlich langsam durchgehen. Man kann zwar nach den Vorschriften von Abderhalden die Hülsen prüfen und eichen, aber das schließt nicht eine weitere Schwierigkeit aus, welche noch wichtiger ist. Wir können nämlich niemals genau wissen, wie lange der geprüfte Dialysator seine Gebrauchsfähigkeit behält, und wievielmal er verwendet werden darf. Trotz sorgfältiger Behandlung wurden ihre Hülsen nach mehreren Wochen für Serumeiweiß durchlässig. Eine wichtige Aufgabe wäre, zu untersuchen, wie lange und wievielmal ein Dialysator gebrauchsfähig bleibt; vorläufig sind wir darauf angewiesen, immer nur frische und nach der Vorschrift geprüfte Dialysatoren zu verwenden.

Die Abderhalden'sche Dialysiermethode wurde in 70 Fällen ohne Versager ausgeführt. Verf. kommen zu folgenden Schlüssen:

Digitized by Google

1) Die Abderhalden'sche Reaktion tritt bereits in den frühesten Schwangerschaftsmonaten auf.

2) Die Reaktion bleibt positiv im Wochenbett während 14 Tagen.

3) Bei Extrauteringravidität stellt die Probe ein wertvolles diagnostisches Mittel dar. Sie ist positiv, wenn die Ektodermschicht noch in aktivem Kontakt mit dem mütterlichen Organismus steht, eventuell, wenn die Ablösung nicht früher als 2 Wochen vor Anstellung der Probe erfolgt ist. Widrigenfalls, namentlich wenn nur Rückstände nach einer ektopischen Schwangerschaft vorhanden sind, gibt die Probe ein negatives Resultat.

4) In Fällen von Eklampsie und Hyperemesis tritt die Reaktion auffallend schwach auf.

5) Das Serum von Karzinomkranken vermochte in unseren Fällen das Placentareiweiß nicht zu spalten. Linzenmeier (Berlin).

30) **C. C. W. Gudd** (Baltimore). **Die Serumdiagnose der Schwangerschaft.** (Journ. amer. med. assoc. 1913. Nr. 25. p. 1947.)

Technik der Abderhalden'schen Reaktion.

Schottelius (Hamburg).

31) **Jonas** (Greifswald). **Beiträge zur klinischen Verwertbarkeit der Abderhalden'schen Schwangerschaftsreaktion (Dialysierverfahren.** (Deutsche med. Wochenschrift 1913. Nr. 23. p. 1099.)

Verf. hat 50 Fälle nach den neuesten Abderhalden'schen Vorschriften untersucht. Nur in 2 Fällen versagte die Reaktion (1 Abort reagierte negativ, 1 Myom positiv). 2 Frauen mit schwerer ulzeröser Phthise reagierten negativ. 2mal wurde das Verhalten des Serums Karzinomkranker gegenüber Placentargewebe geprüft. Reaktion negativ. In 3 Fällen dagegen baute Schwangerenserum deutlich, auch bei wiederholter Prüfung, Karzinomgewebe ab. Aus der Arbeit ist nicht ersichtlich, in wie vielen Fällen das Serum von Schwangeren stammte und wie viele normale bzw. erkrankte Nichtschwangere untersucht wurden. Behne (Kiel).

Placenta, Nabelstrang, Eihäute.

32) **Pankow** (Düsseldorf). **Die anatomischen Grundlagen der Placenta praevia und ihre Bedeutung für die Therapie.** (Deutsche med. Wochenschrift 1913. Nr. 18. p. 838.)

P. bespricht die anatomischen Verhältnisse bei der Placenta praevia (primäre und sekundäre Form der Placenta praevia isthmica) und erklärt daraus die bei der Placenta praevia auftretenden Komplikationen. Dann geht Verf. ausführlich auf die Therapie ein. Die beste Therapie für den Kliniker ist der klassische Kaiserschnitt. Er erzielt eine äußerst günstige, bisher mit keiner anderen Methode erreichte Prognose für die Kinder (2,5% Mortalität). Der Praktiker soll — mit Rücksicht auf die anatomischen Verhältnisse — jede gewaltsame Entbindung bei uneröffnetem Muttermund unbedingt vermeiden und nach Blasensprengung, Metreuryse oder Wendung die Spontanausstoßung des Kindes abwarten.

Verf. warnt vor Kochsalzinfusionen und vor der Verabreichung Blutdruck erhöhender Mittel. Es könnte dadurch leicht eine neue und dann sogar tödliche Nachblutung verursacht werden. Behne (Kiel).

Digitized by Google

33) **T. Sigalow-Woronel.** **Über vorzeitige Lösung der Placenta.** (Diss., Bern, 1912.)

Einleitend kurze Orientierung über den Stand der Frage. Ätiologie, Symptomatologie und Therapie der Loslösung in der Schwangerschaft und unter der Geburt. Schilderung eines in der Berner Klinik beobachteten Falles, wo bei geschlossenem Muttermunde Sectio caesarea abdominalis mit nachfolgender Amputatio uteri gemacht wurde. Pat. wurde geheilt entlassen.

F. König (Bern).

34) **Ad. Leop. Scherback** (Brünn). **Leichtes Erkennen kleinster Placentardefekte.** (Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 24.)

Den Kollegen und Hebammenlehrern wird hier eine Methode empfohlen, welche sich durch große Einfachheit auszeichnet. Die Placenta soll zur Prüfung auf ihre Vollständigkeit mit kochendem Wasser übergossen werden. Durch die Farbenkontraste, welche zwischen anklebendem Blut, Placentargewebe und Decidua entstehen, treten auch die kleinsten Defekte sofort in Erscheinung.

Frickhinger (München).

35) **M. Raspini** (Florenz). **Über die Behandlung des Nabelstranges.** (Ginecologia 1912. Nr. 7.)

In verschiedenen Versuchsreihen, welche an der Klinik in Florenz durchgeführt wurden, geschah die Sicherung des Nabelstranges stets durch elastische Ligatur mit sterilem Gummiband. In der ersten Reihe wurde nach dem Reinigungsbade der Stumpf mit steriler Gaze und Watte bedeckt und dieser Verband fest gewickelt; die Kinder wurden jeden Tag gebadet und der Verband jedesmal erneuert.

In einer zweiten Reihe wurde der Nabelstumpf nach dem Reinigungsbade gut mit Alkohol desinfiziert und mit einer in Alkohol getränkten Kompresse bedeckt; darüber sterile Kompresse, Binde. Die Kinder wurden nicht mehr gebadet, nur mit Wattebäuschen und warmem Wasser abgewaschen; eine Erneuerung des Verbandes wurde nur dann vorgenommen, wenn eine auch noch so geringe Rötung der Hautränder beobachtet wurde.

In der dritten Reihe wurde der Nabel nach dem Reinigungsbade lediglich in sterile Gaze gehüllt, darüber kam ein Wattebausch; jeden Tag wurden die Kinder abgewaschen, der sterile Verband erneuert.

Endlich wurde der Nabel nach dem Bade mit Jodtinktur gepinselt und mit steriler Gaze und Watte verbunden; täglich Abwaschung und Erneuerung des Verbandes.

Die Resultate waren folgende: Eine schwere Infektion wurde nicht beobachtet, weder lokaler noch allgemeiner Art.

Das Wichtigste in der Nabelbehandlung ist die Erzielung möglichst rascher Mumifikation; der Termin des Abfalls kommt erst in zweiter Linie in Frage.

Am besten schnitt die Reihe ab, in welcher der Nabelstrang mit Alkohol desinfiziert und das tägliche Bad fortgelassen wurde, ähnlich gut waren auch die Resultate, wenn die Kinder nur abgewaschen und der Verband nicht täglich erneuert wurde.

Im Interesse der Sauberkeit des Kindes scheint dieses letzte Verfahren dem Verf. das empfehlenswerteste zu sein; nach dem Reinigungsbade Abtupfen mit Alkohol, Alkoholkompresse, steriler Gazeverband, Watte; täglich Erneuerung des sterilen Verbandes, Alkohol nur dann, wenn sich am Nabel eine Rötung zeigt.

Küster (Breslau).

Digitized by Google

36) **J. Andérodias und R. Brandeis** (Bordeaux). **Tod des Fötus durch übertriebene Torsion der Nabelschnur.** (Rev. mens. de Gyn., d'Obst. et de Péd. Jahrg. VIII. Nr. 6.)

Die Verff. beobachteten einen Fall, in dem durch sehr starke Torsion der Nabelschnur die beiden Nabelarterien, wie sie mikroskopisch nachweisen konnten, obliterierten, wodurch der Tod des Fötus eintrat. Hohl (Bremerhaven).

37) **Linzenmeier** (Kiel). **Beitrag zur Kenntnis der Hydrorrhoea uteri amnialis.** (Med. Klinik. 1912. Nr. 24. p. 989.)

Mitteilung eines Falles von extrachorialer Fruchtentwicklung, der die typischen Symptome der amnialen Hydrorrhöe darbot. Die bei der Mehrzahl dieser Fälle vorkommenden Schwangerschaftsblutungen werden auf Zerreißungen oder Loslösungen des Placentarrandes zurückgeführt, die das Kind bei Bewegungen verursachen kann. Bei dem mitgeteilten Falle war ein klaffender Riß der Placenta zu konstatieren. Die Behandlung der Schwangerschaftsanomalie soll so lange konservativ durchgeführt werden, als nicht eine dringende Indikation zur Unterbrechung der Gravidität zwingt. Die bei der Hydrorrhoea amnialis häufiger vorkommenden Extremitätenmißbildungen dürfen keine Indikation zur Unterbrechung abgeben, da auch Fälle ohne Mißbildungen bekannt sind und wir die Beschaffenheit des Kindes nicht im voraus bestimmen können.

Linzenmeier (Berlin).

38) **M. Stern** (Neuyork). **Verwendung von Amnion an Stelle von Haut bei Transplantationen.** (Journ. amer. med. assoc. 1913. Nr. 13. p. 973.)

Zum Bedecken der von Haut entblößten Stellen werden Eihäute benutzt, die in Locke'scher oder Ringer'scher Flüssigkeit oder in Paraffin kalt aufbewahrt werden.

Bei der Transplantation wird die gereinigte Wundfläche mit der glänzenden Seite der gut ausgebreiteten Eihautstücke in Kontakt gebracht.

Darüber kommt eine flüssig erwärmte Mischung von Paraffin-Bienenwachs-Rizinusöl, die schnell erstarrt. Watteverband. Nach 2 Tagen wird beim Verbandwechsel die äußere (Chorion-) Schicht mit dem Verband entfernt, das Amnion haftet dagegen an der Wundfläche.

Die mit dieser Methode bei varikösen Ulcera, Verbrennungen und traumatischen Hautdefekten erzielten Resultate waren sehr befriedigend. Ulcera infolge elektrischer Schädigungen oder Röntgenstrahlen wurden nicht mit der Methode behandelt. Schottelius (Hamburg).

Originalmitteilungen und Referate für das Zentralblatt wolle man an *Prof. Dr. W. Stoeckel* in Kiel, Monographien, Sonderdrucke und Bücher-sendungen an *Prof. Dr. W. Stoeckel* oder an die Verlagshandlung von *Johann Ambrosius Barth*, Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. W. Stoeckel in Kiel.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Digitized by Google

Zentralblatt für Gynäkologie

begründet von HEINRICH FRITSCH

herausgegeben von

WALTER STOECKEL in Kiel.

37. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 39. Sonnabend, den 27. September 1913.

Inhalt.

XVII. Internationaler medizinischer Kongreß.

Lepage, Post abortum-Erkrankungen. — **Polak**, Puerperalinfektionen. — **Kerr**, Uterusmißbildungen. — **Tuszkai**, Unterbrechung der Schwangerschaft bei Hyperemesis und Herzkrankheiten. — **Albers-Schönberg**, de Courmelles, **Krönig**, **Kroemer**, Strahlentherapie. — **Goffe**, Funktion des Endometriums. — **Oulesko-Stroganoff**, Ovarialcysten. — **Dickinson**, Catgutnahtligaturen bei Hysterektomie. — **Johnstone**, Junges menschliches Ei. — **Nagel**, Die Blutgefäße des puerperalen Uterus. — **Jolly**, Placenta praevia. — **Wertheim-Weibel**, Uteruskarzinom.

Originalien: I. **P. Zweifel**, Die Verhütung der durch Spontaninfektion verursachten Wochenbettfieber. — II. **B. Slingenberg**, Die Behandlung der Urethritis, Vulvovaginitis und Endometritis gonorrhoica.

Neue Bücher: 1) **Böhm**, Verwendung der seltenen Erden.

Berichte: 2) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in Leipzig.

Plaut, Placenta. — **Schweitzer**, Puerperale Infektion; Bakteriologie der Vagina.

Zeitschriften: 3) Archiv für Gynäkologie Bd. C. Hft. 1.

Meyer, **Ruge**, Pathologie und Physiologie des Ovarium. — **Haendly**, Mesothorium und Radium bei Karzinom. — **Wagner**, Familiäre Chondrodystrophie. — **Weibel**, Carcinoma corporis uteri. — **Warnekros**, Placentare Bakteriämie. — **Sigwart**, Peritonitisgefahr bei Uterusperforation. — **Schottlaender**, Histologische Geschwulstdiagnose.

Kaiserschnitt: 4) **Fischer**, 5) **Hilkowich**, 6) **Audebert**, 7) **Maxwell**, 8) **Bertino**, 9) **Taniguchi**, Technik und Indikation.

Lageveränderungen: 10) **Hirst**, Kolpoperineoplastik und Levatornaht. — 11) **Martin**, Prolaps und Unfall. — 12) **Neuhof**, Ventrosuspension. — 13) **Parisse**, Retrodeviationen. — 14) **Alsberg**, 15) **Bierer**, Uterusinversion.

Myom: 16) **v. Schrenck**, 17) **Violet**, 18) **Kohashi**, 19) **Audebert** und **Fournier**, 20) **Pierra**, 21) **v. Wiecki**, Myom.

Ovarium: 22) **Kermauner**, Fehlen beider Keimdrüsen. — 23) **Miller**, Corpus luteum und Schwangerschaft. — 24) **Muret**, 25) **Bondi**, 26) **Tixier**, Ovarialtumoren. — 27) **Moscheowitz**, Verkalkung und Knochenbildung.

Harnorgane: 28) **Pleschner**, Maligne Hypernephrome. — 29) **Kümmell**, Das spätere Schicksal der Nephrektomierten. — 30) **Kollischer**, Diagnose während urologischer Operationen. — 31) **Vincent**, Renale Hämaturie. — 32) **Kretschmer**, Nierenblutungen. — 33) **Pollosson**, Blasen-Scheidenfistel. — 34) **Stevens**, Urethralsteine. — 35) **Burnham**, Hexamethylentetramin. — 36) **Goodman**, Phenolsulphonaphthalein.

Physikalische Therapie: 37) **Kowarschik**, 38) **Russel**, Diathermie. — 39) **Aimes**, Sonnentherapie. — 40) **Willette**, Heißlufttherapie. — 41) **Stapfer**, Bewegungstherapie. — 42) **Rase**, Balneotherapie.

Digitized by Google

XVII. Internationaler medizinischer Kongreß
in London, 6. bis 12. August 1913.
Bericht der Deutschen medizinischen Fachpresse.
VIII. Sektion. Geburtshilfe und Gynäkologie.

Referentin: Dr. Dora Teleky-Wien.
Vorsitzender: Sir Francis H. Champneys.
Sekretär: Dr. Herbert Spencer.
(Fortsetzung.)

Lepage (Paris): Behandlung der Post abortum-Erkrankungen.

Die Beobachtung von 370 Fällen aus der Frauenklinik von Boucicaut haben L. zu folgenden Konklusionen gebracht:

1) Die Therapie des Abortus in den ersten Schwangerschaftsmonaten hat zunächst darauf Rücksicht zu nehmen, ob derselbe infolge von kriminellen Eingriffen oder spontan erfolgt ist.

2) Die Prognose des spontanen Abortus ist günstig, wenn nicht eine akute fieberhafte Erkrankung seine Ursache war. Bei Fehlen von Fieber und Blutung soll die Therapie rein exspektativ sein.

3) Wenn man kriminelle Eingriffe vermutet, muß die Austreibung der Frucht beschleunigt werden, zunächst durch Chinin. sulf. 1,0 pro die.

4) Genügt dies nicht, tritt Fieber oder Blutung hinzu, soll zur Ausräumung geschritten werden; diese soll entweder digital oder instrumentell unter Kontrolle des Fingers erfolgen.

5) Bei Fieber nach komplettem Abortus sind wiederholte Uterusspülungen und Drainage anzuwenden. Bei Miterkrankung der Adnexe oder des Peritoneums hat man sofortzu curettieren (sic!).

6) Bei Eiterungen im Douglas ist Kolpotomie anzuwenden, bei Peritonitis Drainage. Für vaginale oder abdominale Hysterektomie besteht nur sehr selten eine Indikation. Zumeist genügt eine lokale Behandlung, wenn dieselbe nur rechtzeitig einsetzt.

Polak (Brooklyn): Intrauterine Behandlung der Infektionen post abortum und post partum.

Die Beobachtung von nahezu 2000 Fällen von puerperaler Infektion hat gezeigt, daß bei Streptokokkeninfektion niemals curettiert werden soll, und daß die Curettage eine häufige Ursache der Thrombophlebitis der Beckenvenen ist. Wird die Innenfläche des Uterus weder durch instrumentelle noch durch digitale Eingriffe alteriert, so bleibt die Infektion meist auf das Endometrium beschränkt, und es kommt nur sehr selten zu Komplikationen von seiten des Parametriums und des Peritoneums. Geht die Infektion von einer Cervixwunde aus und verbreitet sie sich direkt durch die Lymph- und Hautgefäße, so kann keine intrauterine Behandlung sie mehr aufhalten.

In leichten Fällen ist die Uterusinfektion auf die Oberfläche der Mucosa und die Insertionsstelle der Placenta beschränkt. Man unterscheidet eine putride Form, die durch Saprophyten hervorgerufen wird, und bei der man meist auch wenig virulente Streptokokken und Colibazillen findet. Die septische Form beruht auf Streptokokkeninvasion.

Die Natur schützt das Organ gegen das Eindringen der Organismen durch Bildung einer Schicht von Leukocyten und kleinen, runden Bindegewebszellen zwischen der infizierten Zone und dem darunterliegenden, normalen Gewebe. Dieser Schutzwall fehlt nur bei der Infektion mit hämolytischen Streptokokken.

Digitized by Google

Diese können die Uteruswand sowohl durch die Lymph- wie die Blutbahnen passieren und in wenigen Stunden eine Allgemeininfektion hervorrufen; hier kann keine intrauterine Therapie helfen.

Sonst aber verhält sich die Wundfläche des Uterus genau so, wie jede andere Wunde, und jede intrauterine Manipulation wird durch Zerstörung des Granulationswalles zur Gefahr. Namentlich gilt dies von der Anwendung der Curette. Niemand hat einen septischen Uterus curettiert ohne ein sofortiges Ansteigen der Temperatur zu beobachten.

Man muß daher einige auf unseren pathologisch-anatomischen Kenntnissen begründete Prinzipien für das Verhalten bei beginnender Sepsis aufstellen:

1) Drainage des Uterus,

2) Anregung der Kontraktion und Retraktion des Organs,

3) Vermeidung einer Interferenz mit den natürlichen Schutzkräften.

Diese Forderungen werden erfüllt durch Drainage des puerperalen Uterus, durch reichliche Anwendung von Pituitrin und Ergotin verbunden mit Eisblasenapplikation und durch die Vermeidung jeglichen intrauterinen Eingriffes.

Seit 1912 habe ich 104 Fälle von Puerperalinfektion beobachtet, davon 84 nach Entbindung am normalen Schwangerschaftsende, 20 nach Abortus. Bei den Post partum-Fällen handelte es sich 79mal um normale Entbindungen.

In allen Fällen wurden genaue Temperatur- und Pulskurven angelegt, Blutuntersuchungen und bakteriologische Untersuchungen des Uterussekretes vorgenommen.

34mal wurden hämolytische Streptokokken gefunden, 10mal nichthämolytische Streptokokken in Reinkultur; 10mal Streptokokken und Staphylokokken, 5mal kombiniert mit Streptokokken und Colibazillen 10mal.

101 Pat. wurden geheilt, 3 starben.

Die Blutuntersuchung, die nur in 6 Fällen nicht gemacht wurde, ergab folgende Resultate: 30mal war sie negativ, 20mal wurde Staphylokokkus aureus gefunden, 29mal Streptokokkus longus in Reinkultur usw., 2mal die hämolytische Form, 17mal Streptokokkus brevis.

In den 3 letalen Fällen fanden sich 1mal keinerlei Bakterien im Blute, 1mal Streptokokkus brevis, 1mal Staphylokokkus aureus. Dieser Befund ist um so interessanter, als 34mal insgesamt hämolytische Streptokokken gefunden wurden.

Die Temperatur beim Eintritt schwankte zwischen 101° bis 105,8° F.; die Pulsfrequenz zwischen 110—168. Die höchste Temperatur betrug 106,8° F.

Die Untersuchung erforderte nur in einem einzigen Falle eine spezielle Therapie, die in einer 24stündigen Tamponade bestand und von Ausstoßung eines Placentarrestes gefolgt war.

Alle Pat. erhielten eine oder mehrere Vaccineinjektionen. Bei Streptokokkus brevis und Staphylokokkus aureus wurde Autovaccine angewandt, sonst wurde eine polyvalente Vaccine von Staphylokokkus, Streptokokkus und Colibazillus überall dort angewandt, wo die Blutuntersuchung eine Leukocytenzahl von weniger als 20 000 ergeben hatte.

Schlussfolgerungen:

1) Notwendigkeit einer genauen klinischen und bakteriologischen Diagnose.

2) Curettage, intrauterine Spülungen und Untersuchungen zerstören den natürlichen Schutzwall; absolute Abstinenz von intrauterinen Eingriffen bei infektiösen Fällen setzen die Mortalität und Morbidität herab.

3) Ein normal gelegener, drainierter Uterus wird bei Anwendung von Ergotin, Pituitrin und Eisblase seinen Inhalt von selbst ausstoßen.

Digitized by Google

An der Diskussion über diese beiden Vorträge beteiligten sich:

Rouland (Paris), der im wesentlichen mit seinem Vorredner übereinstimmt.

Boyd (Philadelphia), der bei Abortus auch für konservative Therapie und möglichste Vermeidung jedes intrauterinen Eingriffes ist. Wo dieser unbedingt nötig ist, soll er manuell gemacht werden.

Munro Kerr (Glasgow) arbeitet bei inkomplettem Abortus nach vorheriger Dilatation mit Finger oder Curette. Er weist auf die große Infektionsgefahr hin, die durch die Dilatation gesetzt wird. In vier Fällen mußte er Hysterektomie machen.

De Lee (Chicago) hat eine Rundfrage über das Thema Abortustherapie bei europäischen und amerikanischen Ärzten veranstaltet. 40 europäische und 240 amerikanische Ärzte antworteten ihm. Die meisten waren für sofortige Ausräumung, nur 10% wollten den Naturkräften die Austreibung überlassen. Er selbst ist für das Abwarten und greift nur dort ein, wo bei stärkeren Blutungen Placentateile in der Vagina liegen. Intrauterine Eingriffe sind nach Möglichkeit zu vermeiden. De L. hat in Chicago den sog. Mothers Aid Club gegründet, der im weiblichen Laienpublikum geburtshilfliche Aufklärung verbreitet und dadurch die Furcht vor der Entbindung, die vielfach zur Abtreibung verleitet, bekämpfen will. Diese Gesellschaft kümmert sich auch um die Förderung des klinischen Unterrichtes und trachtet das Niveau der Geburtshelfer auf jede Weise zu heben.

Amand Routh (London) ist gleichfalls gegen die Anwendung der Curette. Nur in einem Punkte stimmt er mit Polak nicht überein, er ist nämlich unbedingt für die Entfernung infizierter Placentarreste und nachherige Ätzung mit Jodtinktur. Das Resorptionsfieber, welches häufig nach diesem Eingriff auftritt, schwindet meist bald. Bei Belassung von Placentaresten hat er nur schlechte Erfolge gesehen.

Veit (Halle a. S.) hält die Frage der Behandlung der puerperalen Infektion sowie der Behandlung des septischen Abortus für sehr schwierig. Er macht einen Unterschied zwischen den Infektionen am normalen Schwangerschaftsende und den in früheren Monaten erfolgten.

Bei ersterem verhält er sich ziemlich exspektativ und vermeidet lieber eine lokale Behandlung. Einerseits bleiben meist keine großen Reste zurück, und der Uterus kontrahiert sich schließlich doch, andererseits ist die Wundfläche, welche durch den Eingriff infiziert werden kann, sehr groß.

Anders nach Abortus. Hier ist der zurückgebliebene Rest meist relativ groß und die Neigung zur Kontraktion gering. Die Ausräumung ist für die Pat. gefahrlos, wenn sie sofort vorgenommen und nicht wiederholt wird, und wenn keine Allgemeininfektion — namentlich keine durch Streptokokken bedingte — vorliegt. Diese Fälle geben eine sehr schlechte Prognose. Im allgemeinen aber ist V. bei fieberhaftem Abortus für möglichst baldige und gründliche Ausräumung.

Giffard (Madras, Indien) erzählt von den äußerst ungünstigen Verhältnissen, unter denen er in seinem indischen Spital von 700 Betten arbeitet. Zu den Folgen der Unwissenheit und Unreinlichkeit der eingeborenen Bevölkerung ist auch die große Häufigkeit der Puerperalprozesse zu zählen. Er kann nicht mit Polak übereinstimmen, daß man alles den Naturkräften überlassen soll, sondern wendet stets Curette mit nachfolgender Ätzung mit Jodtinktur an. Doch will er bei der großen praktischen Wichtigkeit der aufgeworfenen Frage von nun ab auch Versuche mit der exspektativen Therapie machen.

Nagel (Berlin) befürwortet gleichfalls die aktive Therapie bei inkomplettem Abortus, ganz gleich ob Infektion vorliegt oder nicht.

Digitized by Google

Hastings Tweedy (Dublin) meint, daß Retraktion und Kontraktion des Uterus voneinander unabhängig sind. Ergotin und Pituitrin wirken nur auf die Kontraktion. Mangelhafte Retraktion kann eine Folge sein von Erschlaffung des Uterus, aber auch von Vorhandensein von abgestorbenem Material im Uteruscavum. Wenn der Uterus vollkommen entleert und mit Gaze drainiert ist, ist es belanglos, ob mit Antiseptizis oder nur mit steriler Kochsalzlösung gespült wird. Die Curette verwirft er als allzu gefährlich und räumt nur manuell aus.

Döderlein (München) hält es für notwendig, daß sowohl nach erfolgter Entbindung am normalen Schwangerschaftsende als auch nach Abortus bei Fieber in erster Linie der Uterus revidiert und behandelt werde. Eihaut- und Placentarreste müssen so bald und so schonend als möglich entfernt und die Uterushöhle muß mit physiologischer Kochsalzlösung + 50 g 10%igen Jodalkohol desinfiziert werden. Diese aktive Therapie erfordert größte Vorsicht und gewandte Technik. Curettage ist zu verwerfen. Bei allgemeiner Sepsis ohne Lokalisation empfiehlt D., große Dosen von harten Röntgenstrahlen 2—3 Tage nacheinander zu applizieren; ihre bakterizide Wirkung berechtigt zu der Annahme, daß es durch sie gelinge, im Blute oder sonst im Körper vorhandene Bakterien zu töten, wodurch sie kausale Therapie wird.

Jacobs (Brüssel) ist gegen die abwartende Therapie und für die Anwendung der Curette, die er für unentbehrlich hält. Bei Sepsis verwendet auch er X-Strahlen.

Alice Van-Ingen-Winter (London) ist in Fällen von Sepsis und Blutung gegen die abwartende Therapie, für manuelle oder digitale Ausräumung und Spülung mit Antiseptizis.

Weibel (Wien) bespricht das an der Klinik Wertheim geübte Verfahren. Bei Fieber oder Blutung wird stets interveniert, und zwar wird bei geschlossener Cervix Spaltung derselben mit folgender Entleerung gemacht. Die Prognose ist in diesen Fällen gut zu stellen. Bakteriologische Untersuchungen sind wichtig für die Prognose des Falles, nicht aber für die anzuwendende Therapie. Die Prognose ist schlechter, wenn die Infektion schon Tuben und Peritoneum ergriffen hat. Auch hier ist ein möglichst rasches Eingreifen geboten.

Munro Kerr (Glasgow): Plastische Operationen bei Uterusmißbildungen.

Die Ursache der Mißbildung kann sein: Verschmelzung der Müller'schen Gänge mit mangelhafter Entwicklung des Uterus. — Verschmelzung der Müller'schen Gänge mit mehr oder minder vollständigem Septum zwischen den beiden Uterushälften. — Unvollkommene Verschmelzung der Müller'schen Gänge. — Mißbildung der Vagina.

Zu der ersten Gruppe gehören: der infantile Uterus, für den es keine befriedigende Therapie gibt. Seine Symptome sind Dysmenorrhöe und Sterilität. Der Uterus foetalis, der oftmals keinerlei Beschwerden macht. Verursacht er starke Dysmenorrhöe, so ist Hysterektomie indiziert. Der Uterus rudimentarius, der meist keine Beschwerden macht. Die Atresia cervicalis (bei Hämatometra ist operative Bildung eines Cervicalkanales vorzunehmen), mit ihren Unterabteilungen: Atresie des Orificium internum (Therapie: Trachelostomie nach Golcound). Atresie des Orificium externum (Therapie: Punktion der Portio), Atresie des ganzen Cervicalkanales (Therapie: Resektion der Cervix).

Zur zweiten Gruppe gehören:

Der Uterus septus, dessen Septum — falls es ein Geburtshindernis bildet — entfernt werden muß. Bei nichtgravidem Uterus kann das Septum, nach einer transversalen Inzision, entsprechend dem Isthmus, leicht exzidiert werden.

Digitized by Google

Indikationen zu dieser Operation sind: habitueller Abortus, Placenta praevia, Dystokie usw.

Der Uterus subseptus. Seine Folgen können sein: Querlage, Placentarretention. Seine operative Behandlung besteht in Exzision des Septums, ist jedoch nicht unbedingt nötig.

Der dritten Gruppe gehören an:

Der Uterus arcuatus: Operation nach Strassmann: Exzision des Mittelstückes und Vernähung der beiden Hälften (abdominale Methode).

Der Uterus bicornis unicollis, bei dem Munro Kerr in einem Falle von hartnäckiger Dysmenorrhöe die Hemihysterektomie mit glänzendem Erfolge ausgeführt hat.

Der Uterus bicornis mit rudimentärem Nebenhorn. Letzteres soll operativ entfernt werden.

Der Uterus didelphys, der sehr selten Beschwerden verursacht.

Bei Mißbildungen der Vagina soll ein etwa vorhandenes Septum exzidiert werden. Bei unvollständiger Atresie wendet Munro Kerr die Pfannenstielsche Methode an, bei vollständiger Atresie macht er plastische Operationen aus dem Dickdarm oder Dünndarm.

Anschließend an den Vortrag Munro Kerr's berichtet

Alban-Doran (London) über zwei interessante, von ihm operierte Fälle. In dem einen Falle exstirpierte er ein Fibromyom eines rudimentären Uterushorns bei einer Pluripara, die auch nach der Operation noch mehrere Graviditäten durchmachte.

Bei dem zweiten Falle handelte es sich gleichfalls um eine Pluripara, die wegen Ruptur eines graviden Uterushorns zur Operation kam. In der folgenden Zeit machte sie noch drei normale Partus durch.

Tuszkai (Pest-Marienbad): Über Indikationen zur Unterbrechung der Schwangerschaft bei Hyperemesis und Herzkrankheiten.

Viele Fälle von Schwangerschaftserbrechen beruhen auf Hysterie und sind jeder beliebigen Suggestivtherapie leicht zugänglich. Andere Fälle sind nur als Symptome verschiedener Grundkrankheiten wie Gastritis, Peritonitis usw. aufzufassen und durch kausale Therapie heilbar. Die eigentliche Hyperemesis gravidarum kann nur durch Unterbrechung der Schwangerschaft behoben werden. Diese spezielle Erkrankung hat ihre Ursache in einer Reizung des Perimetriums durch den Druck des graviden Uterus, die sich auf das Peritoneum fortsetzt.

Wenn alle anderen Ursachen für das Erbrechen ausgeschlossen werden können, wenn vaginale Kälte- oder Wärmeapplikation und länger dauerndes Fasten keinen Erfolg gehabt haben, wenn rapider Gewichtsverlust, Vermehrung des spezifischen Gewichts des Urins und Verminderung seiner Chloride, sowie Abnahme der Zahl der Erythrocyten besteht, wenn Albumen und Nierenelemente im Harn nachgewiesen werden, dann soll man zunächst größere Opiumdosen (10—15 cg pro die) versuchen und, wenn diese nicht wirken, sofort die Schwangerschaft unterbrechen.

Was die Indikationen zur Schwangerschaftsunterbrechung wegen Herzaffektionen anbelangt, so stützt T. seine Therapie auf die Beobachtung von drei bis vier Fällen:

Durch die normale Hypertrophie des Herzens in den ersten Schwangerschaftsmonaten wird die physiologische Veränderung der Pulsbeschaffenheit bei Lagewechsel aufgehoben. Das Wiederauftreten dieser Pulsvariabilität im Verlaufe der Gravidität ist ein Zeichen von beginnender Inkompensation und muß bei der Therapie und eventuellen Indikationsstellung zur Einleitung der Frühgeburt oder des Abortus stets berücksichtigt werden.

Digitized by Google

Die Röntgen- und Radiumtherapie in der Gynäkologie.

I. Referent: Albers-Schönberg (Hamburg): Röntgentherapie in der Gynäkologie.

Die Röntgenologen stehen nicht im Gegensatz zu den Gynäkologen, ganz im Gegenteil, sie sind fest davon überzeugt, daß nur durch gemeinsames Arbeiten etwas Rechtes geschaffen werden kann.

Bezüglich der Indikationen und Kontraindikationen divergieren die Meinungen der einzelnen Autoren. Kontraindiziert ist die Bestrahlung bei polypösen, gangränösen und malign degenerierten sowie bei rasch wachsenden, mit erheblichen Störungen des Allgemeinbefindens einhergehenden Myomen. Von besonderer Bedeutung ist die Frage, ob schwer ausgeblutete Frauen der Röntgentherapie unterzogen werden sollen oder nicht. Während ich früher infolge von zwei Todesfällen Myokarditis, Herzschwäche und Anämie für Kontraindikationen hielt, während andere, wie Krönig, Gauss, Bumm u. a. der gegenteiligen Ansicht waren, bin ich jetzt auch in solchen Fällen für vorsichtige Bestrahlung mit Bereitschaft zu Tamponade und Operation.

Frauen gegen Ende der 40er Jahre und darüber eignen sich am besten für die Bestrahlung.

Von größter Wichtigkeit ist die Beseitigung der durch die Myome hervorgerufenen Druckbeschwerden und Blutungen. Von allen Autoren ist eine Verkleinerung — in vielen Fällen ein völliges Verschwinden — der Tumoren einwandfrei nachgewiesen worden; in ganz vereinzelten Fällen nur konnte trotz günstiger Wirkung der Bestrahlung ein Wachstum des Myoms konstatiert werden. Die Verkleinerung der Myome findet statt: 1) auf dem Wege über die Ovarien, 2) infolge direkter, elektiver Einwirkung auf die Tumorzelle.

Was die Beseitigung der Blutungen anbelangt, so ist diese um so leichter zu erzielen, je näher dem Klimakterium sich die Pat. befindet. In der Mehrzahl der Fälle beobachtet man nach der ersten und zweiten Bestrahlung eine beträchtliche Zunahme der Menstrualblutung. Erst nach längerer Bestrahlung nimmt die Intensität ab. Bei älteren Frauen ist die Erzielung vollständiger Amenorrhöe wünschenswert.

Von größter Wichtigkeit in diagnostischer und prognostischer Beziehung ist die Bestimmung des Körpergewichts und des Hämoglobingehalts. Bleibt dieser unverändert niedrig, so muß man an das Bestehen einer malignen Neubildung denken.

Die Beobachtungen über das mehr oder minder heftige Auftreten von Ausfallserscheinungen sind verschieden, doch scheint sich die Auffassung überwiegend der Ansicht zuzuneigen, daß die Röntgenstrahlen bei nicht allzu forcierter Applikation keine oder geringe Ausfallserscheinungen bedingen.

Die allgemeinen Erscheinungen nach Röntgenbestrahlung bestehen in dem fast stets auftretenden Verschwinden eines vorhanden gewesenen Fluors, Besserung der Gesichtsfarbe und des Gesamthabitus, Verschwinden allgemeiner nervöser Beschwerden. Mitunter wird auch die Darmtätigkeit angeregt.

Hautschädigungen, bestehend in Rötung, Bräunung und späterem Auftreten von Teleangiektasien sind jedenfalls in erster Linie durch eine vorsichtige Technik zu vermeiden. Seitdem ich als Filter Leder und Aluminium (2 mm) kombiniert benutze, ist mir keine Rötung der Haut mehr zu Gesicht gekommen. Über eventuelle Spätschädigungen ohne vorhergehende Reizerscheinungen der Haut kann ich infolge der Kürze der verflossenen Zeit kein definitives Urteil abgeben.

Digitized by Google

Tierversuche, welche eine Beeinflussung der Magen- und Dünndarmschleimhaut durch Röntgenstrahlen zeigten, mahnen zu großer Vorsicht und genauester Beobachtung der in Bestrahlungsbehandlung befindlichen Frauen, die ebenso auch bezüglich ihrer Zirkulation und ihrer blutbildenden Organe zu kontrollieren sind.

Was meine Technik anbelangt, so besteht mein Grundprinzip darin, nur so viel Strahlen zu applizieren, wie unbedingt zum vollen Erfolg erforderlich sind, unbekümmert um die längere oder kürzere Dauer der Behandlung.

Ich übe jetzt die Doppelbestrahlung von oben durch die Bauchdecken und von unten durch das Kreuzbein. Während ich anfangs Staniol- oder Lederfilter benutzte, habe ich neuerdings auch das Aluminium (2 mm) hinzugezogen. Bei mäßiger Applikation, im Maximum 12—14 X pro Serie, können diese filtrierten Strahlen zu keinerlei Schädigungen führen. Ich bestrahle jetzt in 4 Sitzungen zu 8 Minuten.

Ich verfüge über 78% dauernder Heilungserfolge. Als geheilt bezeichne ich jene Myomkranken, bei welchen vollständige Amenorrhöe und Beseitigung aller Beschwerden erzielt wurde. Nähere Statistik findet sich in den Tabellen von L. Mohr[1].

Das Problem der therapeutischen Verwertbarkeit der charakteristischen Sekundärstrahlen der Metalle harrt noch der Lösung. Durch geeignete Versuchsanordnungen können die Experimente des Vortr. ergänzt und ausgebaut werden mit dem Endzweck, eine biologische Skala der charakteristischen Sekundärstrahlen der verschiedenen Metalle aufzustellen. Da es nicht ausgeschlossen ist, daß auch bei der Mesothoriumtherapie den Sekundärstrahlen eine große Bedeutung zukommt, da es ferner durchaus im Gebiet des Erreichbaren liegen wird, mittels Röntgenstrahlen erheblichere Sekundärstrahlenwirkungen als bisher zu erzielen, so ist für die Röntgentherapie vielleicht auf diesem Wege die Möglichkeit gegeben, die an die Mesothoriumtherapie verlorene Position zurückzugewinnen.

Schlußthesen.

1) Die gynäkologische Tiefentherapie ist aus der Tatsache hervorgegangen, daß die Röntgenstrahlen eine ausgesprochene deletäre Wirkung auf die männlichen und weiblichen Keimdrüsen haben.

2) Die Einwirkung auf die Myome ist in erster Linie eine ovarielle, sodann findet mit Sicherheit in einem nennenswerten Prozentsatz eine direkte Einwirkung auf die Tumorzelle, gekennzeichnet durch Verkleinerung oder Verschwinden der Geschwulst, statt.

3) Die durch die Myome hervorgerufenen Beschwerden werden vielfach wesentlich gebessert oder ganz behoben. Die Blutungen werden in normalen Menstruationstyp übergeführt. Oligomenorrhöe oder Amenorrhöe werden erreicht. Das Allgemeinbefinden bessert sich, die Ausfallserscheinungen sind meist gelinde.

4) Der Prozentsatz vollständiger Heilungen ist ein hoher. Dauerheilungen sind in geeigneten Fällen mit Sicherheit zu erzielen; eine Anzahl von Myomen verhält sich refraktär.

5) Nicht alle Myome eignen sich für die Röntgenbestrahlung. Indikationen, die sich in weiteren und engeren Grenzen bewegen, sind aufgestellt worden und werden im allgemeinen anerkannt. Ein großer Prozentsatz der Myome bleibt nach wie vor der Operation vorbehalten.

6) Die Gefahren für die Haut lassen sich durch eine geeignete Technik auf

---

[1] Ausführliche Veröffentlichung des gesamten Materials in Bd. XX, Hft. 2 der Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen.

Digitized by Google

ein Minimum beschränken. Ob Spätschädigungen zu befürchten sind, muß die Zukunft lehren.

II. Referent: Foveau de Courmelles (Paris): Röntgen- und Radiumtherapie in der Gynäkologie.

Zunächst ausführliche historische Übersicht über die Röntgentherapie und ihre Erfolge.

Das Radium wurde zuerst von Danlos (1901) therapeutisch bei Hauttuberkulose verwendet, später von F. d. C. allgemeiner bei oberflächlichen und tiefen Karzinomen versucht. Er hat ferner mit gutem Erfolge Uterusmyome, Metritis, Salpingo-oophoritis mit Radium behandelt. Bei malignen Tumoren erzielte er in 70% Verschwinden der Metrorrhagien und des Fluors, Verkleinerung und Induration des Tumors, größere Beweglichkeit des Uterus, Aufhören oder wesentliche Verminderung der Schmerzen, Besserung des Allgemeinzustandes.

F. d. C.'s Technik besteht in intrauteriner Applikation von mindestens 5 cg Radium durch 24 Stunden in ungefähr einmonatlichen Intervallen.

Schlußfolgerungen:

Röntgenstrahlen und Radium sind ausgezeichnete therapeutische Behelfe, die jeder Arzt kennen und bei vorhandener Indikation anwenden soll, ohne sich durch vereinzelte Mißerfolge abschrecken zu lassen. Ihre Gefahren (Verbrennungen, Dermatitis) sind bekannt und können meist durch Filteranwendung verhütet werden. Trotz mancher Meinungsverschiedenheiten wird die hämostatische und schmerzstillende Wirkung der Röntgen- und Radiumtherapie allgemein anerkannt.

III. Referent: Krönig (Freiburg i. B.): Röntgen- und Radiumtherapie in der Gynäkologie.

K. weist kurz auf die Vorteile der Röntgenintensivbestrahlung bei Myomen und hämorrhagischen Metropathien hin. Der Vorteil scheint ihm darin zu liegen, daß die bei geringen Dosen sich refraktär verhaltenden Fälle noch beeinflußt werden. Der Nachteil der Intensivbestrahlung liegt in den relativ hohen Kosten. Die Zahl der bis jetzt allein mit Röntgenstrahlen behandelten Myome und Metropathien beträgt ca. 335. Bisher sah sich K. bei Verwendung von Intensivbestrahlung in keinem einzigen Falle veranlaßt, nachträglich zu operieren. Die Röntgenbestrahlung ist ein vollwertiger Ersatz für die Totalexstirpation des Uterus. Bei den Myomen ist nur in jenen Fällen noch eine Operation notwendig, bei denen Wert auf Erhaltenbleiben der Fertilität gelegt wird.

Es ist schwer, heute schon ein endgültiges Urteil darüber abzugeben, ob die Behandlung mit radioaktiven Substanzen besser ist wie die mit Röntgenstrahlen. Diese scheinen intensiver auf die Verkleinerung des Tumors zu wirken. Die Freiburger Klinik bevorzugt bei jugendlichen Individuen, die relativ große Mengen von Röntgenstrahlen brauchen, um amenorrhoisch zu werden, mit Vorliebe kombinierte Behandlung von Röntgen und Mesothorium. Der Vorteil der reinen Mesothoriumbehandlung scheint darin zu liegen, daß die Ausfallserscheinungen geringer sind. Die Anwendung des Mesothoriums kann vaginal, abdominal oder intrauterin erfolgen. Der Vorteil der intrauterinen Anwendung liegt in der schnell erzielten Amenorrhöe, der Nachteil in einer in zwei Fällen beobachteten möglichen Hämatometra infolge Verklebung des Cervicalkanales in der Gegend des inneren Muttermundes.

Ausführlich geht K. dann über auf die Behandlung der bösartigen Geschwülste mit Röntgenstrahlen und Mesothorium. In all den Fällen, in denen das Karzinom den radioaktiven Substanzen leicht zugänglich ist, ist die Anwendung von Mesothorium oder Radium der Anwendung von Röntgenstrahlen

Digitized by Google

wohl vorzuziehen. Auch hier scheint im Interesse der Verhütung von Metastasen die kombinierte Behandlung besonders empfehlenswert. Ob noch chemische Substanzen im Sinne der Sensibilisierung für die strahlende Energie notwendig sind, bleibt weiteren Untersuchungen vorbehalten. Zwei Wege sind gangbar bei der Behandlung der karzinomatösen Geschwülste. Entweder die rein nichtoperative oder die kombinierte operative Behandlung mit nachfolgender Strahlenbehandlung zur Verhütung eines Rezidivs. Bei all den Karzinomen, welche der Betastung und Beobachtung leicht zugänglich sind, und bei denen die Entfernung von der strahlenden Substanz keine sehr große ist, scheint die nichtoperative Behandlung vorzuziehen zu sein. Hier kommen in Betracht die Mamma-, Scheiden-, Vulva- und Cervixkarzinome. Ovarialkarzinome werden bisher entschieden besser mit der kombinierten Methode, d. h. operativer Entfernung des Tumors mit nachträglicher Bestrahlung zur Verhütung eines Rezidives behandelt. Die primären Resultate bei der nichtoperativen Behandlung des Karzinoms sind zum Teil verblüffend gute. Wie sich die Dauerresultate gestalten werden, bleibt noch dahingestellt. Unter 96 nicht operativ behandelten Karzinomen sind 5 gestorben, 7 haben sich aus äußeren Gründen der Behandlung entzogen, 46 sind geheilt d. h. es war weder ein Tumor zu fühlen noch mikroskopisch Karzinom festzustellen. 38 Fälle stehen noch in Behandlung. Dauerresultate mit genügend langer Beobachtungszeit liegen nicht vor. Die längste Rezidivfreiheit beträgt etwas über $1^1/_2$ Jahre. Dabei sind die Oberflächenkarzinome, Epitheliome usw. ausgeschaltet.

Die Freiburger Klinik ist der Überzeugung, daß der nichtoperativen Behandlung der Karzinome durch Einwirkung radioaktiver Substanzen oder von Röntgenlicht in Kombination mit der Chemotherapie die Zukunft gehört, und daß die operative Behandlung beim Karzinom immer mehr schwinden wird.

Kroemer (Greifswald): Mesothoriumeinwirkung auf Neubildungen der weiblichen Genitalien.

K. berichtet über weitere Erfahrungen, welche er mit der gemischten Mesothorium-Röntgenbehandlung bei Genitalkarzinomen gemacht hat. Es ist nach seiner Erfahrung nicht notwendig, allzugroße Dosen zu verwenden. Es genügen jedenfalls 50 mg Mesothorium zur Erzielung der klinischen Besserung, so daß bei täglicher Anwendung 300—500 mg-Stunden erreicht werden. Jede 2. Woche wurden 100—150 X Röntgenstrahlen verabreicht. Die Obliteration des Geschwulstkraters wurde bei den letzten 4 Fällen in 3—9 Wochen erreicht. Probeabrasio nach dieser Zeit ergab das Fehlen von Krebsvegetationen und Ersatz derselben durch indifferentes, gefäßreiches Granulationsgewebe. Große Defekte zeigten sich epithelisiert. K. desinfiziert nach der Bestrahlung den Krater mit Jodalkohol und wendet in der Intervallzeit Wismutpaste an. Er ist nach den letzten Erfahrungen im Prinzip zur operationslosen Behandlung des Uterus- und Scheidenkarzinoms übergegangen, möchte aber noch nicht die Behauptung aufstellen, daß alle Fälle geheilt sind. Auffallend ist aber entschieden die klinische Heilung der Beschwerden, die auch bei einem blutenden Rektumkarzinom beobachtet wurde. In einem Falle wurde eine Metastase im Introitus vaginae durch Thorium X-Injektionen zum Rückgang gebracht. K. schließt die Karzinome in der Gravidität und im Puerperium von der radioaktiven Behandlung wegen der Infektionsgefahr aus.

In der Diskussion zu dem Thema Strahlentherapie sprachen:

Döderlein (München), der glaubt, daß die operative Gynäkologie in Zukunft immer mehr von der Radiotherapie verdrängt werden wird. Bei den Myom-

Digitized by Google

kranken wird uns dies keinen Gewissenszwang auferlegen, denn die Myome sind gutartige Tumoren; man kann bei ihnen leicht sich zu therapeutischen Versuchen verstehen, da ja stets die Operationsmöglichkeit bei etwaigen Mißerfolgen bleibt. Anders beim Karzinom. Hier sind wir alle so ganz im operativen Denken und Fühlen erzogen, daß wir uns erst umsehen müssen, wenn wir operationslose Therapie überhaupt versuchen wollen. D. will versuchen, durch Demonstration mikroskopischer Präparate zu zeigen, daß die Mesothoriumbehandlung eine Art Therapia magna sterilisans ist. Wie Ehrlich bei seiner Chemotherapie die heilende Wirkung der Arsenikalien an der Schädigung und dem schließlichen Verschwinden der Trypanosomen kontrollieren konnte und Hand in Hand damit die Besserung der Krankheitssymptome vorwärtsschreiten sah, so können wir bei unseren anatomischen Untersuchungen der Karzinomherde während der Mesothoriumbehandlung Veränderungen an den Karzinomzellen sehen, die uns den Rückgang der Karzinomsymptome von Woche zu Woche gut erklären lassen; ist die letzte Karzinomzelle geschwunden, dann sind die Kranken geheilt. (Demonstration von mikroskopischen Lumièrephotographien.)

Jacobs (Brüssel) zieht die Radiumtherapie der Radikaloperation stets vor und hatte mit ihr in 25 Fällen von Cervixkarzinom gute Erfolge. Weniger gute Resultate erzielte er bei Karzinom der äußeren Genitalien, doch war möglicherweise die applizierte Strahlendosis zu klein.

Degrais (Paris) verwendet seit 1906 bei Carcinoma uteri Radiumtherapie mit vorhergehender Curettage und hat stets gute Erfolge in bezug auf Aufhören der Blutung, der Schmerzen und der Sekretion erzielt. Sehr wichtig ist die Radiumtherapie bei postoperativen Rezidiven. D. wendet das Radium stets nur intrauterin an.

Tate (London) sah selbst einige überraschende Erfolge der Radiumtherapie, doch möchte er sie nur als Unterstützung der chirurgischen Therapie zur Nachbehandlung nach Hysterektomien karzinomatöser Uteri und als Vorbehandlung für inoperabel erscheinende Fälle anwenden.

Man soll nicht allzu optimistisch sein und mit einem abschließenden Urteil noch mindestens 5 Jahre warten.

Gustav Klein (München) berichtet über einen Fall von absoluter Dauerheilung bei einem vor 6 Jahren operierten, von drei Rezidiven gefolgten und dann mit Röntgenstrahlen behandelten Mammakarzinom. Er hat auch vielfach Röntgenbestrahlung bei inoperablem und rezidiviertem Uteruskarzinom geübt; seit $2^1/_4$ Jahren verwendet er hohe Strahlendosen nach dem Beispiel der Freiburger Klinik. Trotzdem er sehr gute Erfolge hatte, ist er doch nicht der Ansicht, daß man heute schon bei allen Karzinomen und Myomen von einer operativen Therapie absehen soll. Er wendet die kombinierte Behandlung an, d. h. Bestrahlung schwer operabel erscheinender Uteruskarzinome vor und aller Karzinome prophylaktisch nach der Operation.

Bei submukösen, malignen, gangränösen Myomen und solchen bei jungen Frauen ist er für operative Therapie, bei letzteren besonders wegen der Erhaltung der Ovarien.

Wahrscheinlich ist es besser, neben der Operation und der Strahlentherapie auch chemische Mittel zu verwenden, wie Arsen, Selen, Borcholin usw. Der nächsten Zeit sind zwei weitere, unendlich wichtige Aufgaben vorbehalten: die biologische und parasitäre Prophylaxe. (Tabellen über 150 Fälle von Röntgentherapie bei Uterusmyomen, Fibrosis uteri und Uteruskarzinom werden den Teilnehmern überreicht.)

Digitized by Google

Nagel (Berlin) bemerkt, daß er mit größtem Vergnügen seinen Pat. die Gelegenheit gibt, sich mittels Strahlentherapie behandeln zu lassen, wenn diese es selbst wünschen und sich leisten können, denn die Behandlung ist sehr kostspielig. Trotzdem hervorragende Spezialisten seine Pat. behandelt haben, hat er keine nennenswerten Resultate gesehen: die Geschwülste verkleinerten sich nicht; die Blutungen sistierten in einigen Fällen zeitweise, um in verstärktem Maße wieder aufzutreten, so daß er gezwungen war, den Uterus zu exstirpieren. Die Erfolge sind nicht besser als diejenigen, welche früher mit blutstillenden Mitteln oder Curettage erzielt wurden. Selbst Krönig konnte uns über keinen Fall von Heilung berichten; er sagte nur, daß er in 33% der bestrahlten Fälle eine nachträgliche Operation nicht für notwendig fand; das ist aber eine rein individuelle Auffassung.

Andererseits sind wir imstande, durch Operation unsere Fibrompatienten zu heilen. In jedem Lande finden sich mehrere Operateure, die über Hunderte von aufeinanderfolgenden Myomoperationen verfügen ohne einen einzigen Todesfall. Die Prognose der operativen Therapie ist demnach ganz erheblich besser als die der Strahlentherapie.

Den von Döderlein und Krönig gemachten Prophezeiungen, daß wir binnen kurzem die operative Behandlung der Fibrome aufzugeben haben werden, möchte N. ein Wort entgegenhalten, welches in diesem Lande eine gewisse Berühmtheit erlangt hat: wait and see —.

Herrn Nagel antwortet Haenisch (Hamburg), daß zurzeit genügend lange beobachtete Fälle von röntgenisierten Myomen vorliegen, so daß man mit Recht von Dauerheilungen sprechen könne; er bespricht dann eingehend seine Technik der Röntgenbestrahlung.

Béclère (Paris) hatte bei 66 Myomfällen, die er bestrahlte, in 64 Fällen einen vollkommenen Erfolg. Seit er mit stärkeren Strahlen arbeitet, erzielt er den gewünschten Effekt viel rascher.

Dessauer (Frankfurt a. M.) spricht Einiges zur Technik der Röntgenbestrahlung, ebenso La Torre (Rom).

Pfahler (Philadelphia) befolgt dieselbe Technik wie Albers-Schönberg; er berichtet über einen Fall, bei welchem ein bis zum Nabel reichendes Myom vollständig verschwand, zum Teil allerdings erst in den auf die Behandlung folgenden 6 Jahren.

Herbert Spencer (London) hat keine eigenen Erfahrungen mit Röntgenstrahlen und Mesothorium, doch fürchtet er bei dieser Therapie die sterilisierende Komponente in Fällen von Myomerkrankung jüngerer Frauen. Seine Mortalität nach Myomoperationen ist sehr gering; unter 150 Fällen, bei denen er Hysterektomie machte, fand er 3mal ein Cervixkarzinom. Aus diesem Grunde sollte das Radium im Cervicalkanal appliziert werden.

Bei Karzinom und exzessiven Myomblutungen soll unbedingt Radiumtherapie versucht werden. S. konnte bis jetzt für seine Klinik leider kein Mesothorium bekommen, da er auf wohltätige Spenden angewiesen ist.

Riddle Goffe (Neuyork): Über die biologische und biochemische Funktion des Endometriums.

Den in der Pubertät und im Klimakterium auftretenden Meno- und Metrorhagien liegt eine gemeinsame Ätiologie zugrunde. Durch eine Reihe von Experimenten ist G. zu der Überzeugung gelangt, daß die Ursache des Nichtgerinnens des Menstrualblutes im Endometrium liege, und zwar in der Anwesenheit eines die

Digitized by Google

Gerinnung hemmenden Körpers. Das Menstrualblut gelangt nicht nur durch Ruptur der Uteruskapillaren, sondern hauptsächlich durch Autolyse derselben in das Cavum. Bei dieser Autolyse spielt vermutlich die Funktion der Ovarien, möglicherweise auch die der Schilddrüse, eine Rolle.

Was die Therapie dieser Uterusblutungen anbelangt, so ist Curettage ganz unzweckmäßig, auch Ergotin und Pituitrin können nicht nützen, da sie nur Uteruskontraktionen bewirken. Es handelt sich aber darum, den Blutdruck zu erhöhen und die die Menstruation regulierenden Zentren (Ovarien und Schilddrüse) zu erhöhter Funktion anzuregen.

G. hat bei Uterusblutungen junger Mädchen und Frauen Versuche mit der Darreichung von Corpus luteum- und Thyreoideaextrakt gemacht, ohne jedoch bisher zu einem abschließenden Urteil gekommen zu sein.

In der Diskussion zu diesem Vortrag bemerkt Louisa Mc Ilroy (Glasgow), daß sie durch Tierexperimente zu derselben Anschauung gelangt sei wie Riddle Goffe. Sie hat ferner das ganze Blut einer Menstruationsperiode isoliert aufgefangen und monatelang aufgehoben ohne Gerinnung desselben zu beobachten. Die Frage der Uterusblutungen hängt gewiß mit der inneren Sekretion zusammen. Die Blutungen junger Mädchen beruhen möglicherweise auf »intrauteriner Toxämie«, mitunter jedoch auch auf kongenitaler Lues.

Sir Champneys stimmt nicht mit der Anschauung überein, daß Uterusblutungen bei Versagen jeglicher konservativen Therapie zur Hysterektomie berechtigen. Er hat mit intrauteriner Ätzung mit rauchender Salpetersäure stets gute Resultate erzielt und dabei niemals Schädigungen beobachtet.

Claudine Oulesko-Stroganoff (St. Petersburg): Beitrag zum Studium der malignen Degeneration der Ovarialcysten.

Die proliferierenden Cysten sind als Übergangsformen zwischen gutartigen und bösartigen Neubildungen aufzufassen. Die Epithelhyperplasie, welche diese Gruppe von Tumoren charakterisiert, kennzeichnet ihre Tendenz zur malignen Degeneration. Bei den malign degenerierten Cysten kann man in den Anfangsstadien histologische Beweise für ihre Entstehung aus den proliferierenden Kystomen finden.

Dickinson (Brooklyn): Über Catgutnahtligaturen bei Hysterektomie.

Abdominale Hysterektomien können wesentlich vereinfacht werden durch Verminderung der Zahl der Nähte und Ligaturen. D. bespricht sein in 22 Fällen mit gutem Erfolg geübtes Verfahren, das im wesentlichen aus einer Massennahtligatur der Ligamenta lata besteht.

Demonstrationen:

Johnstone demonstriert ein junges menschliches Ei. Das Präparat wurde von einer plötzlich gestorbenen Frau gewonnen, bei der intra vitam von einer bestehenden Schwangerschaft noch nichts bekannt war.

Nagel (Berlin): Über die Blutgefäße des puerperalen Uterus.

An Injektionspräparaten hat N. nachgewiesen, daß — im Gegensatz zu den Anschauungen anderer Autoren — der Stamm der Arteria uterina stets Äste sowohl zur Cervix als auch zum Corpus uteri entsendet. Diese Äste bilden an beiden Uterusflächen Anastomosen, mit denen der gegenüberliegenden Seite. Diese transversalen Anastomosen hängen durch longitudinale Anastomosen untereinander zusammen und entsenden Äste in die verschiedenen Schichten des Uterus, die wieder untereinander in Verbindung stehen und ein aus drei Schichten bestehendes Netzwerk bilden.

Digitized by Google

An dem Präparat ist auch deutlich der Verlauf der Ovarialgefäße zu sehen. Die fünf Ovarialarterien entspringen aus der A. spermatica und lösen sich vor ihrem Eintritt in das Ovarium in ein Bündel geschlängelter Gefäße auf.

Jolly (Berlin): Die Entwicklung und Behandlung der Placenta praevia.

J. demonstriert Bilder von vier Präparaten von Placenta praevia-Fällen aus verschiedenen Schwangerschaftsmonaten. Das Prinzip der einzuschlagenden Therapie soll in Kompression der Placentarstelle und in Entbindung per vias naturales bestehen.

Operationstechnik und Resultate bei Uteruskarzinom.

Von den Referenten waren de Ott (Petersburg) und Pollosson (Lyon) nicht erschienen. Wertheim (Wien) war durch einen Unfall verhindert, am Kongreß teilzunehmen. An seiner Stelle sprach sein Assistent Weibel (Wien), der zu dem Referat Wertheim's noch einige Ergänzungen hinzufügte.

Er führte aus:

Nach den Verhandlungen des gestrigen Tages ist der Standpunkt desjenigen sehr schwer geworden, der die operative Therapie des Uteruskarzinoms zu verteidigen hat. Wer aber über die Resultate einer 15jährigen Erfahrung berichten darf und ein Material von 800 Karzinomoperationen zur Verfügung hat, der steht bezüglich der Dauerheilungen auf dem realen Boden ziffernmäßiger Tatsachen.

Wir haben an der Klinik Wertheim eine Dauerheilung von 42,5% aller wegen Kollumkarzinom Operierten und 53,5% aller diese Operation Überlebenden, sowie eine absolute Heilung von 20%, d. h. aller Karzinomfälle, welche die Klinik aufsuchten, zu verzeichnen. Die faktische Leistung der einzelnen Operateure und der einzelnen Methoden kommt am besten in der Zahl der Dauerresultate zum Ausdruck, sowohl was alle Operierten als auch was nur die die Operation Überlebenden betrifft. Aus dieser Art unserer Statistik erklärt sich ihre Differenz von anderen Statistiken bezüglich der absoluten Leistungen.

Wir stehen einer allzu radikalen Ausdehnung der Indikationsstellung zur Operation nach wie vor ablehnend gegenüber, insbesondere in bezug auf den in Karzinom eingebetteten Ureter, den wir lieber auslösen als resezieren, da uns die Resektion äußerst ungünstige Spätresultate ergeben hat.

Das Korpuskarzinom ist viel seltener und gilt für gutartiger als das Kollumkarzinom; die Parametrien werden fast nie ergriffen, wohl aber erwiesen sich die Beckendrüsen in 16% aller laparotomierten Fälle als karzinomatös, ungemein selten dagegen die Inguinaldrüsen. Daraus folgern wir die Notwendigkeit, auch beim Korpuskarzinom abdominal zu operieren und vaginal nur dann, wenn eine absolute Kontraindikation gegen die Laparotomie besteht.

Myom und Korpuskarzinom sind häufig kombiniert. Wir fanden in 2% aller unserer operierten Myome ein Korpuskarzinom und in 19% aller Korpuskarzinome ein Myom. Die Bedeutung dieser Tatsache für die Strahlentherapie darf nicht unterschätzt werden.

Metastasen in die Ovarien und Tuben finden sich häufig und sind mit ein Grund, den abdominalen Weg zu wählen.

Bezüglich der Spätrezidive des Uteruskarzinoms, d. h. Rezidive nach Ablauf der 5jährigen Beobachtungszeit, hat die Nachuntersuchung unseres Materials zu folgenden Ergebnissen geführt: Von 169 verwertbaren Fällen von Kollumkarzinom erkrankten im 6. und 7. Jahre 13, das sind 7,7%, wieder an einem Karzinom, 1 Fall an einem Sarkom. Unter den 13 Karzinomfällen befindet sich ein

Digitized by Google

Krebs des Duodenums, ein Mamma- und ein Klitoriskarzinom. Das mikroskopische Bild dieser drei Spätkarzinome unterscheidet sich so wesentlich von dem des ursprünglichen Uteruskarzinoms, daß man kaum von Rezidiven sprechen kann. Die übrigen 10 Fälle — also 6% — waren sichere Rezidive an der Beckenwand. Nach dem 7. Jahre gab es kein Rezidiv mehr.

Die Prozentzahl der Rezidive fällt vom 1. bis zum 4. Jahre beständig und beträchtlich ab und bleibt für das Kollumkarzinom vom 4. bis 7. Jahre konstant; beim Korpuskarzinom gab es in unseren Fällen nach dem 4. Jahre überhaupt keine Rezidive. Wir glauben daher, daß man beim Kollumkarzinom die Beobachtungszeit auf mindestens 7 Jahre erstrecken muß, wenn man von Dauerheilung sprechen will.

In der Diskussion spricht Proust (Paris) einiges über die Technik bei abdominaler Hysterektomie, und zwar bespricht er eingehend die Ligatur beider Art. hypogastricae mit Berücksichtigung ihrer Topographie.

Faure (Paris) gibt eine Statistik aus seiner Privatpraxis über die Resultate der erweiterten abdominalen Totalexstirpation, die er seit 17 Jahren ausschließlich anwendet.

Von 24 Operierten starben 2 (= 8,33%) an den Folgen der Operation, 5 (= 20,83%) an Rezidiven. Bei 17 (= 70,83%) Frauen trat Heilung ein; von diesen ist bei 13 seit der Operation eine Zeit von 20 Monaten bis $6^1/_2$ Jahren verstrichen.

F. ist zu der Überzeugung gelangt, daß dem Radium zwar eine bedeutende Wirkung auf die Karzinome zukomme, daß es aber niemals an Stelle der Operation angewandt werden soll, sondern stets nur postoperativ zur Verhütung von Rezidiven.

Berkeley (London) teilt die an seinem Operationsmaterial berechnete Statistik mit. Bei 63% Operationsfrequenz hatte er 22,5% primäre Mortalität nach der Operation, 32,4% Rezidive und 25,4% absolute Heilung.

Childe (Southsea) betont einige Momente bei der Technik der Exstirpation des karzinomatösen Uterus, die ihm wichtig erscheinen. Besonderen Wert legt er auf die Vorbehandlung des Geschwulstkraters (Curettage, Kauterisation). Zum Abklemmen der Parametrien hat er eine eigene Klemme konstruiert.

Pujol y Brull (Barcelona) übt stets die abdominale Totalexstirpation nach Wertheim und hatte selbst bei verzweifelten Fällen gute Resultate. Während der Operation legt er Uretersonden ein. Er hat bei allen geheilten Fällen eine auffallend große Zahl eosinophiler Zellen im Tumor gefunden.

Recasens (Madrid) bevorzugt ebenfalls die abdominale Methode und ist für weitgehendste Indikationsstellung. Die vaginale Hysterektomie wäre nur bei ganz im Beginn der Erkrankung zur Operation gelangenden Fällen am Platze.

I.

Aus der Universitäts-Frauenklinik Leipzig.

Die Verhütung der durch Spontaninfektion verursachten Wochenbettfieber.

Von

P. Zweifel.

So einfach die Verhütung des Kindbettfiebers scheint und so leicht die Meinung aufkommen kann, daß die genaue Ausführung der Vorschriften sicher gegen Fieber

Digitized by Google

im Wochenbett schützen müsse, so wenig entsprechen die Tatsachen dieser Annahme in der Wirklichkeit. Selbst in den Anstalten, wo alles unter strengster Aufsicht steht und genau ausgeführt wird, treten die Fieber noch so häufig auf, daß man wegen des klaffenden Widerspruches zwischen Theorie und Praxis zu widersinnigen Erklärungen Zuflucht nahm, deren eine sich so weit verstieg, daß Fieber im Wochenbett gar nicht krankhaft zu sein brauche. Unleugbar ist es, daß auch diejenigen, welche unentwegt an der infektiösen Ursache des Fiebers festhalten mit allen Verschärfungen der Desinfektionsvorschriften die Fieber im Wochenbett nicht auszuschalten vermögen.

Diese Mißerfolge der Desinfektion haben schon hundertfältig als Beweis gegolten, daß es eine »Selbstinfektion« geben müsse, und es sind für diese letztere eine Reihe von Begriffsbestimmungen und richtige Schemata für das Zustandekommen aufgestellt worden. Wollte man dem Wandel der Anschauungen über die »Selbstinfektion« von Semmelweis an bis auf die Gegenwart folgen, so könnte die Darstellung sich leicht ins Unermeßliche verlieren, ohne den geringsten praktischen Gewinn zu bringen.

Statt diese Arbeit auszuführen, ziehe ich es vor, bestimmt bewiesene Tatsachen vorzubringen und erst auf Grund derselben die Frage der »Selbstinfektion« nachträglich zu erörtern.

Es ist in der hiesigen Klinik gelungen, durch ein ungiftiges Mittel und ein völlig unschädliches Verfahren eine sehr bedeutende Herabsetzung der Fieberhäufigkeit zu erzielen und sowohl durch eine Statistik mit großen Zahlen den Nutzen, als auch durch bakteriologische Untersuchungen eine Umwandlung im Keimgehalt der Scheide zu beweisen.

Die jetzt zu beschreibende Behandlung hat eine schrittweise Entwicklung hinter sich. Doch wenn ich als Ausgang des jetzigen Ergebnisses meinen Aufsatz vom Jahre 1904[1] erwähne, der die Beseitigung von Blutgerinseln empfahl, welche regelmäßig nach jeder Geburt im Scheidengewölbe liegen bleiben und durch die unvermeidliche Zersetzung die Hauptmasse des Lochienflusses ausmachen, andererseits durch Resorption zu Fieber, ja selbst zu weiter gehenden Erkrankungen führen können, so muß ich schon mit einer Captatio benevolentiae beginnen; denn jene Veröffentlichung ist von wenigen mit Zustimmung aufgenommen, dagegen von vielen auf das Schroffste bekämpft, und es ist gegen dieselbe ein Vorurteil mit durchaus unrichtigen Gründen geschaffen worden.

Es handelte sich in jener Veröffentlichung zunächst um einen Versuch der mechanischen Entfernung der Blutgerinnsel mittels trockener Tupfer, aber es war dort nicht verschwiegen worden, daß die Entfernung auf diese Weise nur in Kliniken zum Zwecke des wissenschaftlichen Versuches ausführbar sei, also nur einer kleinen Minderzahl der Gebärenden zugute kommen könne.

Am Schlusse jener Arbeit war angekündigt, daß ich die Entfernung der Blutgerinsel mittels einer indifferenten Flüssigkeit, also durch Spülungen mit physiologischer Kochsalzlösung versuchen wolle.

Die Probe auf die Wirksamkeit der einzelnen Maßregeln wurde immer durch Vergleich mit der früher, Jahre lang, ziemlich gleich gebliebenen Morbidität gemacht. Im Vergleich mit der früheren Ziffer erwies sich die Spülbehandlung mit der physiologischen Kochsalzlösung als minderwertig gegenüber der trockenen Entfernung mit Tupfern.

---

[1] Zentralblatt für Gynäkologie 1904. p. 681.

Digitized by Google

Der Mißerfolg mit den Kochsalzspülungen regte nun die Frage an, welches die richtige Flüssigkeit für die menschliche Scheide sei.

Darüber hatte Döderlein in seiner Monographie über »das Scheidensekret der Schwangeren« 1892 schon Angaben gemacht, nämlich, daß Milchsäure und zwar in der Konzentration von 1,0—1,8% darin vorkomme. Spülungen, welche ich schon vor 20 Jahren mit 2%iger Milchsäure angeschlossen hatte, erwiesen sich jedoch als zu scharf, indem die Gespülten öfters über Brennen klagten.

Aber es gibt vier Milchsäuren. Welche von diesen in der Scheide vorhanden sei, war nicht gesagt und damals von Pallmann, dem chemischen Assistenten am hygienischen Institut, nicht bestimmt worden. Es konnte ebensogut die Fleischmilchsäure sein, die im Körper sich oft findet und die ich bei einer anderen Gelegenheit kennen gelernt hatte. Die Frucht dieser Überlegung war die von mir ausgeführte Untersuchung über den »Scheideninhalt Schwangerer[2]«, welche ergab, daß die Gärungsmilchsäure als freie Säure in der normalen Scheidenabsonderung vorkomme und zwar im Höchstgehalt von ca. 5‰. Darin fand ich also eine viel geringere Konzentration als Döderlein. Über die Gründe dieses Unterschiedes ist die Originalarbeit zu vergleichen. Dabei fand ich auch eine viel einfachere Unterscheidung, ob das Sekret gesund oder aborm sei; denn das ist von größter praktischer Bedeutung, daß man dazu eine einfache Methode besitze, weil weder die Herstellung von Ausstrichpräparaten, wie sie Döderlein zwecks der wissenschaftlichen Erforschung der Scheidenkeime ausführte, noch die Entnahme des Sekretes mit flachen, stumpfen Löffelchen, wie dies zum Lehrzweck in den Touchierübungen der hiesigen Klinik seit 20 Jahren regelmäßig geschieht, praktisch brauchbare Verfahren sind. Dagegen ist das Einführen eines dünnen Fergusson-Speculum, Eingießen von abgekochtem Wasser und das Auffangen der Spülflüssigkeit durch Vorschieben und Zurückziehen des Spiegels eine so einfache Methode, daß dies jeder Arzt machen kann. Das Spülwasser gibt bei normalem Sekret eine milchig-weiße Flüssigkeit, pathologisches eine gelbe, in welcher oft gelb gefärbte Schleimklümpchen ausfallen. Der Unterschied ist so groß, daß in unserer Klinik auch die Hebammen die Unterscheidung mit untrüglicher Sicherheit zu treffen lernten.

Da sich bei jenen chemischen Untersuchungen herausstellte, daß die Schwangeren mit abnormem Sekret sehr wenig Säure hatten, lag es nahe, die natürliche Flüssigkeit der gesunden menschlichen Scheide bei solchen zur Spülung zu benutzen, welche davon zu wenig hatten. Und so gelangte ich dazu, prophylaktisch bei pathologischem Sekret Milchsäurespülungen in der Konzentration von 5‰ im großen ausführen zu lassen und zwar solange vor der Geburt, als möglich.

Bei der Verdünnung der Milchsäure auf 5‰ haben wir weder bei Schwangeren noch bei Wöchnerinnen je eine Klage über Brennen vernommen, wohl aber bei klimakterischen Frauen noch einigemal, so daß man bei diesen letzteren die Verdünnung auf 3‰ ermäßigen muß.

Durch diese einfache Prophylaxe gelang es, die Fieber im Wochenbett so weit einzuschränken, daß selbst Frauen mit pathologischem Scheidensekret, welche erfahrungsgemäß sehr zu Fieber neigen, nicht mehr häufiger Fieber bekamen als gesunde, unter der Bedingung, daß die prophylaktische Spülbehandlung, täglich einmal, mindestens 10 Tage lang durchgeführt werden konnte.

Gegen das Verfahren, den Nutzen eines therapeutischen Eingriffes bei Schwan-

[2] Vgl. das Original, Archiv für Gynäkologie Bd. LXXXVI. p. 564. u ff. 1908.

Digitized by Google

geren oder Wöchnerinnen durch den Vergleich der Ergebnisse aus aufeinander folgenden Zeiträumen zu beweisen, ist schon viel geltend gemacht und als beweisender ein Vergleich aus dem gleichen Zeitraum angesehen worden. So wurde schon früher von Krönig, noch in der Leipziger Frauenklinik, um den Wert oder Unwert der Spülungen zu beweisen, abwechselnd die eine Wöchnerin gespült, die nächste nicht und so fortgefahren, bis große Reihen zum gegenseitigen Vergleiche beisammen waren. Obschon dieses Verfahren sehr beweiskräftig zu sein scheint, so ist es das durchaus nicht. Als Gegengrund führen wir ein einfaches Beispiel an: Mischt man unter 1000 Münzen gleicher Prägung 200 ebenso große aus einer anderen Münzstätte gleichmäßig in einem Gefäße und nimmt aus diesem letzteren mit verbundenen Augen Stück um Stück heraus, das eine jedesmal in ein Gefäß A, das andere in B legend, so müssen nach der Wahrscheinlichkeitsrechnung in jedem der Gefäße A und B annähernd gleich viel der 200 Münzen der zweiten Münzstätte liegen, bald einmal zwei weniger, bald zwei mehr, aber groß kann der Unterschied nie werden. Die Fälle mit pathologischem Scheidensekret kommen ungefähr in 20% aller Insassen unserer Klinik vor.

Des Lebens Zufälligkeiten sorgen dafür, daß auch die zugehenden Schwangeren mit pathologischem Sekret sich ebenso gleichmäßig verteilen, daß, nach dieser Methode geprüft, keine therapeutische Maßregel gegen das pathologische Sekret, mag sie heißen wie sie will, einen wesentlichen Unterschied der Zahlen ergeben kann.

Weil die Ursache der größeren Fieberhäufigkeit an dem pathologischen Sekret liegt, müßte die Methode des Alternierens so angestellt werden, daß die eine der Schwangeren mit pathologischem Sekret gespült, die andere nicht gespült würde, daß sich also die ganze Untersuchung auf die latent kranken Schwangeren beschränken würde. Dann käme sicher auch das gleiche beweisende Ergebnis heraus.

Trotz aller Bedenken halte ich die methodische Durchprüfung einer bestimmten Maßregel bei allen zugehenden Schwangeren und Kreißenden in langen Zeitabschnitten und großen Zahlen für beweiskräftig, natürlich unter der Bedingung, daß man nur eine Maßregel ändert und im übrigen die alte Behandlung fortführt.

Einen viel wichtigeren und eindrucksvolleren Beweis als es die Statistik mit großen Zahlen vermag, erbrachte Privatdozent Dr. Schweitzer[3] durch bakteriologische Untersuchungen, welche zeigten, daß unter dieser Spülbehandlung die pathologische Flora der Scheide schrittweise sich änderte, die fremdartigen, krankmachenden Keime allmählich verschwanden und den normalen Kurzstäbchen nach Döderlein Platz machten.

Damit bestätigte Schweitzer aber auch die baktericide bzw. die gegen pathogene Keime entwicklungshemmende Wirkung der Milchsäure ganz im Sinne der Untersuchungen von Döderlein[4], Krönig[5] und Natvig[6].

Nachdem in den Jahren 1909, 1910, 1911 und der ersten Hälfte 1912 diese Spülungen bei allen Schwangeren mit pathologischem Sekret durchgeführt waren, fiel die Morbidität dieser Frauen von früher 28,6% auf 7,6% ab, was gegenüber der Häufigkeit von Fieber bei Gesunden, die 7,2% betrug, keinen Unterschied mehr ausmachte.

---

[3] In seiner Habilitationsschrift. Leipzig 1913. Verlag von S. Hirzel.
[4] l. c. Das Scheidensekret. Leipzig 1892.
[5] Krönig, Bakteriologie des weiblichen Genitalkanales. II. Teil. 1897.
[6] Natvig, Archiv für Gynäkologie Bd. LXXVI. 1905.

Digitized by Google

Diese Grundzahl 28%, die zum Vergleich herangezogen wird, ist die Morbiditätsziffer der vor 1909 in der hiesigen Klinik erhaltenen Fieberhäufigkeit bei gelbem Sekret. Da in der ganzen Behandlung außer den prophylaktischen Spülungen mit Milchsäure nichts geändert wurde, kann sie zum Vergleich dienen. Noch schlagender wird der Nutzen der prophylaktischen Spülungen durch die Zahlen Schweitzer's bewiesen, da die im gleichen Zeitraum mit weniger als 10 Spülungen behandelten Schwangeren mit pathologischem Sekret noch in 21% Fieber bekamen.

Durch Schweitzer's Untersuchungen ist auch bestätigt, daß die Beurteilung des Spülwassers mit bloßem Auge für die Praxis ausreichend ist.

Die Verordnung der reinen Milchsäure ist wegen der sirupartigen Dickflüssigkeit unzweckmäßig, weswegen ich immer die reine Säure mit ebenso viel destilliertem Wasser als Stammlösung verschreibe, also z. B. Acid. lactici et. Aq. dest. aa 100,0, von welcher dann 10 ccm auf 1 Liter Wasser die richtige Verdünnung von 5‰ ergeben.

Nachdem ein Nutzen der Spülungen mit guten Beweismitteln gefunden ist, liegt es nahe, diese allgemein einzuführen, wie man ja auch andere prophylaktische Maßregeln, ohne daß der Nachweis der Notwendigkeit für alle Fälle vorläge, wie z. B. bei der Prophylaxis der Ophthalmoblennorrhoea neonatorum, allgemein eingeführt hat.

Das könnte man bei den Spülungen mit 5‰ Milchsäure um so eher tun, als sie niemals schaden können. Trotzdem werden wir vorläufig nur die Frauen mit pathologischem Sekret der prophylaktischen Spülbehandlung unterwerfen, die Gesunden dagegen nicht, und zwar, um noch mehr beweisende Tatsachen für die desinfizierende Wirkung bei pathologischem Sekret zu gewinnen.

Die prophylaktische Spülbehandlung der Schwangeren wurde schon $^3/_4$ Jahr lang geübt, als ich in der Festschrift zur Jahrhundertfeier des Trier'schen Instituts die Worte schrieb:

»Die erste Grundlage zu einer Verbesserung der Kindbettfiebersterblichkeit ist die Feststellung der leitenden Grundsätze der Behandlung. Hier sollten die bakteriologischen Untersuchungen helfen, aber leider widersprechen sich die Ergebnisse dieser Forschungsmethode so sehr, daß nichts mehr feststeht und niemand weiß, woran man ist. Es müssen neue Untersuchungen ausgeführt werden, es muß aber eine Sichtung der Fälle vorausgehen, wenn eine völlige Klärung der Bakteriologie für das Gebiet der Geburtshilfe gelingen soll.«

Diese Sichtung nach der Farbe der Spülflüssigkeit des Scheidensekretes wurde in der hiesigen Klinik damals schon gemacht. Die bakteriologische Beweisführung an einer großen Zahl von Schwangeren vorgenommen zu haben, ist Dr. Schweitzer zu danken.

Eine weitere wichtige Entscheidung brachte Dr. Schweitzer über die in saurem Sekret vorkommenden Streptokokken, welche vor Jahren eine so lebhafte Meinungsverschiedenheit hervorriefen. Die Kontroverse zwischen Döderlein und Krönig ist dahin aufgeklärt worden, daß jene Mikroben die nichtpathogenen Laktostreptokokken sind.

Über alle Einzelheiten ist auf die ausführliche Veröffentlichung Schweitzer's hinzuweisen.

Die Häufigkeit von Fieber bei den Schwangeren mit gelbem, eiterartigem Scheidensekret, die im Durchschnitt früherer Jahre 28,6% betrug, zeigt die besondere Fieberdisposition dieser Gravidae, die wir schon lange kannten und gegen die wir uns in bestimmter Weise schützten. Wenn eine Kreißende mit gelbem, eitrigem Sekret in die Klinik eintrat, bei welcher die prophylaktische Behandlung

Digitized by Google

nicht angewendet werden konnte, weil sich die Frau schon in der Geburt befand, so wurde sie nur noch per rectum untersucht, um im Falle einer schweren fieberhaften Erkrankung im Wochenbett jeder Schuld überhoben zu sein. Bei einer Privatpatientin, die kreißend mit gelbem Ausfluß in das Institut kam, erfolgte trotz Vermeidung jeder innerlichen Untersuchung und nach einer Dammstützung, bei der die Hände mit in Sublimat getränkten Tüchern umhüllt waren, eine schwere puerperale Infektion, der die Frau nach 10 Tagen trotz aller Behandlung erlag.

Jeder Todesfall als Folge einer spontanen Invasion in den Uterus durch intravaginal vorhandene Keime hat ein allgemeines Interesse. Das sind Fälle, die unter dem Namen der »Selbstinfektion« bekannt sind und sicher bei der Betonung der Außeninfektion unterschätzt wurden. Es müssen die Verhältnisse besonders liegen, um diese Art der Erkrankung einwandfrei beweisen zu können. Bei der Besprechung der endogenen Infektion im Wochenbett hält Baisch[7] Todesfälle, die durch eine Sepsis bei unberührt Entbundenen vorgekommen seien, nicht für einwandfrei beobachtet. Ich kann für den obigen Fall, bei dem ich selbst die Entbindung leitete, vollkommen einstehen, wozu noch einige zu zählen wären, bei denen die höchste Wahrscheinlichkeit für eine Selbstinfektion bestand, die aber nicht gezählt werden, weil dabei touchiert wurde. Noch zwei aus jüngster Zeit möchte ich zitieren von W. Poten[8], wo auf 1596 Geburten, bei denen keine innere Untersuchung, kein innerer Eingriff, auch keine Scheidendammnaht stattfand, 144 fieberhafte Erkrankungen und darunter zwei Todesfälle vorkamen.

Daß jede innere Untersuchung selbst mit völlig keimfreien Händen bzw. mit Gummihandschuhen beim Vorhandensein intravaginal vegetierender Keime die Gefahr sehr steigert, zeigt die Statistik Poten's, wonach auf andere 1575 »untersuchte« Gebärende 409 im Wochenbett fieberten und zehn starben.

Der große Unterschied der Wochenbettmorbidität zwischen den zwei Kategorien von Wöchnerinnen, den Unberührten und den Untersuchten, kann den Eindruck machen, daß fast alle Infektionen von außen kommen. Dieser Schluß wird korrigiert durch das Ergebnis der ersten Kategorie, wo immer noch genug Fieber und zwei Todesfälle bei Unberührten vorkamen. Wir können aus den Erfahrungen unserer eigenen Klinik, die Schweitzer zusammenstellte, schließen, daß beim Vorhandensein von pathogenen Keimen in der Scheide die innere Untersuchung die Gefahr dadurch vergrößert, daß sie die Keime aus der Scheide in den Uterus verschleppt. Dieser Schluß stimmt auch besser für die Zusammenstellung Poten's, als die Betonung der ausschließlichen Infektion von außen.

Man kommt in der Verhütung der Fieberfälle nicht weiter, wenn man alle Vorsichtsmaßregeln nach dem einen Grundsatz einrichtet: »Die Gefahr kommt immer von außen.«

Wir haben immer eine Selbstinfektion in dem angegebenen Sinne, aber auch da, wo faulende Stoffe im Genitalkanal zurückblieben, angenommen, nur die Bezeichnung »Selbstinfektion« stets beanstandet, weil das Wort »selbst« auf die Kranke zu beziehen wäre und dies gar nicht damit gesagt sein will. Selbst- oder »Autoinfektion« wäre nur richtig, wo sich die Gebärende selbst touchierte. Bei dem pathologischem Sekret steckt sie sich nicht selbst an, sondern sie ist von früher her angesteckt. Was da geschieht, ist entweder bei den Unberührten eine »Spontaninvasion« der in der Scheide vegetierenden Keime in den Uterus oder eine »Inokulation« derselben in den Uterus hinein durch die innere Untersuchung.

[7] Baisch, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXXV. Hft. 4. p. 409.
[8] Poten (Hannover), Zentralbl. f. Gyn. 1911. p. 1373.

Digitized by Google

Schließlich ist bei solchen praktisch wichtigen Tatsachen die Frage immer im Vordergrund, welche Folgerungen daraus für die Ärzte und die Hebammen zu ziehen sind. Von vornherein kann es bei den Hebammen nur auf die Erkennung des gelben Ausflusses ankommen, die Behandlung muß den Ärzten durchaus vorbehalten bleiben. Aber das erstere wird bei intelligenten Hebammen unschwer zu erreichen sein, denn wir haben es hier schon erfahren, daß sie die Spülflüssigkeit vollkommen zutreffend zu beurteilen lernten.

Bei der oben zitierten Arbeit über »den Scheideninhalt Schwangerer« fiel oft die geringe Menge von Säure auf, welche bei Frauen kurz nach einem Bade gefunden wurde. Besondere Untersuchungen über diesen Befund erwiesen, daß ungefähr in der Hälfte aller Mehrgebärenden das Badewasser bei bestimmten Bewegungen, welche ein Spreizen der Beine mit sich bringen, bis in den Fornix Vaginae eindringt. Diese Tatsache ist durch eine neue Untersuchungsreihe von Schweitzer[9] in gewissenhafter Nachprüfung bestätigt, und die von Hörmann[10] gemachten Einwendungen sind wiederlegt worden. Durch das Eindringen des Badewassers wird der natürliche Schutzapparat geschädigt, und deswegen ist das Baden Schwangerer keine so zweckmäßige Reinigung als einfache Waschungen oder Douchen. Doch selbst eine direkte Übertragung von Infektionskeimen halte ich beim Baden für möglich.

Bei einer Frau, die nach dem Blasensprung noch ein Bad in einer Fremdenpension nahm und dann in die Klinik eintrat, wurde hier wegen dieses hygienischen Mißgriffes keine innere Untersuchung vorgenommen und die Dammstützung nur mit der besonderen Vorsicht so ausgeführt, daß die Hände der Hebamme im Handschuhe gesteckt und mit einem in Sublimatlösung getauchten Tuch umwickelt waren. Die Frau bekam ein äußerst schweres Puerperalfieber, das viele Monate lang bis zur schließlichen Heilung dauerte.

Es kann jedenfalls diese Erfahrung zur Warnung dienen vor schablonenhafter Anwendung der Bäder dicht vor oder während der Geburt.

Eine besondere Bedeutung gewinnen die Erfahrungen mit der Spontaninvasion für die Überwachung der Hebammen durch die Bezirksärzte und Kreisphysici. Sie haben das Recht beim Auftreten von Kindbettfieber, ja schon bei Fällen von Kindbettfieberverdacht, die betreffenden Hebammen von ihrer Tätigkeit auf beschränkte Zeit zu suspendieren. Wenn nun, wie wir es in der Klinik erleben, unberührte Kreißende nachher Fieber, ja sogar Puerperalfieber mit tödlichem Ausgang bekommen können, weil sie früher infiziert wurden, und weil von daher noch pathologische Keime von mehr oder weniger abgeschwächter Virulenz in ihren Scheiden vegetierten, so müssen auch die Amtsärzte die Folgerung ziehen, daß Puerperalfieber sogar mit tödlichem Verlauf entstehen kann, bei dem die betreffende Hebamme gänzlich schuldlos ist. Diese Erfahrungen müssen dazu auffordern, die Verhältnisse jedes einzelnen Falles von Puerperalfieber eingehend auf die verschiedenen Infektionsmöglichkeiten zu prüfen, ehe eine Suspension verfügt wird und mit diesen Verfügungen recht zurückhaltend zu sein. Es ist doch immer zu bedenken, daß jede Hebamme, welche zum Aussetzen ihrer Tätigkeit vom amtlichen Arzt gezwungen wird, schweren Schaden im Erwerb und im Ansehen beim Publikum erleidet. Und eine Suspension wäre im Falle einer wie oben geschilderten Spontaninvasion mit tödlichem Ausgang völlig überflüssig und nutzlos zugleich.

[9] Schweitzer, Archiv für Gynäkologie Bd. XCII. Hft. 1.

[10] Hörmann, Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie Bd. XIII. Straßburg 1909.

Digitized by Google

II.

Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Amsterdam.
Direktor: Prof. Dr. Hector Treub.

Die Behandlung der Urethritis, Vulvovaginitis und Endometritis gonorrhoica.

Von
Dr. Bodo Slingenberg.

Wenige Krankheiten der Frau werden rücksichtlich der Behandlung und Genesung so vernachlässigt wie die Gonorrhöe der Urethra, Vulva, Vagina und des Uterus. Die Ursachen sind folgende:

Erstens zeigt ein großer Teil der Fälle so geringe Symptome, daß eine Diagnose meistens erst gestellt wird, nachdem die Tuben infiziert sind und eine akute Salpingo-Oophoritis die Kranke zum Arzt treibt oder eine Kohabitation durch Infektion des Mannes, die noch bestehende Virulenz zu deutlich zeigt.

Zweitens ist eins der Symptome, der Fluor, eine sehr verbreitete Erscheinung, wird meistens für harmlos gehalten, und wird daher das Sekret selten mikroskopisch untersucht.

Drittens läßt, wie die Erfahrung lehrt, die mikroskopische Untersuchung in vielen Fällen im Stiche, und man kann nur durch diagnostische Vaccine-Inokulationen, durch die Bestimmung des Opsonischen Indexes oder durch die Komplementablenkung die Diagnose sicher stellen.

Viertens herrscht vielfach der Glaube, die örtliche Behandlung sei eine Sisyphusarbeit. Das beste wäre, man behandele garnicht, höchstens verschreibe man Spülungen mit einer schwach antiseptischen Lösung, die Gonokokken verschwänden mit der Zeit von selber. Nun kann man nicht leugnen, daß es eine Spontangenesung der Gonorrhöe gibt, aber in weitaus den meisten Fällen handelt es sich um ein Latentwerden der Infektion, und wer sich auf sie verläßt, setzt seine Pat. den peinlichsten Überraschungen aus.

Fünftens ist wirklich die örtliche Behandlung meistens eine langwierige und oft trostlose. Manchem Kollegen mag es, wie mir früher, gehen, er sieht die Kranken schweren Herzens kommen.

Daher fing ich in 1909 mit der Vaccination an. Die Resultate bei den Adnexentzündungen und bei der Vulvovaginitis der Kinder befriedigten. Als ich aber die Behandlung der Vulvovaginitis der Erwachsenen 1911 in der Versammlung der »Nederlandsche Vereeniging voor Verloskunde« mitteilte, konnte ich leider nur sagen, daß die Bewertung hierbei schwer sei und ich mir mein endgültiges Urteil einstweilen vorbehalten müßte.

Da die Vaccination allein bei der Behandlung der sogenannten offenen Gonorrhöe natürlich nicht zum Ziele führt[1], kombinierte ich sie mit verschiedenen örtlichen Behandlungen. Aus diesen entwickelte sich allmählich die im folgenden beschriebene Therapie, deren überaus günstige Resultate mich zu der Veröffentlichung veranlassen.

Einmal täglich spült man die Urethra mit einer 10%igen Protargollösung. Diese soll frisch sein; man verschreibe Pulver von je 1 g; ungefähr 3 Stunden vor dem Gebrauch schüttet man ein Pulver auf 10 ccm kalten Wassers und ver-

[1] Wer sich für das »warum« interessiert, findet die Antwort im Protokoll der genannten Versammlung im »Nederlandsch Tydschrift voor Verloskunde en Gynaecologie« und in meinem Artikel: Die Vaccinebehandlung der weiblichen Gonorrhöe, im Archiv f. Gynäkologie Bd. XCVI. Hft. 2. p. 344.

Digitized by Google

wahrt dieses im Dunkeln. Zur Ausspülung verwende ich einen Katheter nach Guyon à boule perforée. Der Knopf soll so groß sein, daß beim Einführen in die Urethra die Schleimhaut sich glättet. Eine kleine Spritze mit einigen ccm der Lösung gefüllt, wird mit dem Katheter armiert und der Knopf so weit in die Urethra eingeführt, bis man den Widerstand des Sphincter Vesicae spürt. Während man jetzt allmählich die Spritze entleert, zieht man den Knopf ein paarmal durch die Urethra von hinten nach vorne und umgekehrt hin und her. Nun wird die Portio im Spekulum eingestellt, diese und die Scheide gereinigt, die Kanüle einer mit der Lösung gefüllten Braun'schen Spritze bis zum Fundus Uteri eingeführt und, während man sie langsam herauszieht, entleert. Der Rest der Lösung wird im Spekulum nachgefüllt und gerade so viel Gaze eingebracht als zur Resorption der Flüssigkeit erforderlich ist. Zum Schluß kommt noch ein kleiner Streifen zwischen die Labien, welcher jedesmal nach dem Urinieren erneuert wird.

Während dieser Behandlung hüten die Kranken das Bett, erstens zur genauen Temperaturkontrolle der Vaccination, zweitens wegen der intrauterinen Behandlung. Ohne sie kommt man aber nicht aus, da in fast allen Fällen der Uterus infiziert ist und die Kranken, wenn er nicht mitbehandelt wird, gleich ein Recidiv bekommen.

Ist der Zutritt vom Uterus her frei, so fließt wohl öfters etwas von der Lösung in die Tuben hinein. Man sei aber vorsichtig, damit nichts aus dem Ostium abdominale auf das Peritoneum parietale herausfließt, da dies sehr schmerzhaft ist.

Während der ganzen Behandlung bekommen die Kranken dreimal täglich zwei Kapseln Gonosan Gr. 0,3 und eine roborierende Diät.

Meistens löst sich nach einigen Tagen das oberflächliche Epithel der Vulva und Vagina in grauen Fetzen; dies wiederholt sich einige Male.

Nach 8 Tagen findet eine mikroskopische Untersuchung des Sekrets der Cervix, Vagina, Vulva und Urethra täglich statt. Erweist sie sich einige Tage negativ, so wechselt die Protargolbehandlung ab mit einer fraktionierten Spülung der Urethra mit ungefähr 10 ccm der folgenden Lösung:

Rp.: Zinc. sulf.
Plumb. acetic. ää Gr. 1,
Aqua Gr. 100

und die Vagina wird behandelt mit der Lösung:

Rp.: Acid. boric. Gr. 3,
Alumnol Gr. 5,
Kamphor Gr. 3,
Glycerin Gr. 125,

welche Lösung man, wie die des Protargols, im Spekulum füllt und hernach einen Streifen Gaze einführt.

Neben dieser örtlichen Behandlung werden die Kranken vacciniert. Ich habe derzeit im oben genannten Artikel im Archiv die Technik genau beschrieben. Wer sich für sie interessiert, kann sie dort nachschlagen. Ich möchte hier nur noch die Bedeutung der Vaccination für die endgültige Bewertung des Resultats der Behandlung erwähnen. Ich erkläre die Kranken erst dann für genesen, wenn, während einer Reihe von bis 100 Millionen pro Inokulation steigenden Vaccinationen das Sekret gonokokkenfrei bleibt.

Die örtliche Behandlung dauert 3 bis 6 Wochen; verschiedene Male ist mir die Heilung in 3 Wochen gelungen und einmal dauerte sie 6 Wochen, in der Regel ungefähr 4 Wochen. Nachher werden die Kranken noch in der im Archiv beschrie-

Digitized by Google

benen Weise vacciniert und kontrolliert. 30 Pat. habe ich persönlich in der angegebenen Weise behandelt, und Herr Kollege van Blommestein ist seit längerer Zeit damit beschäftigt, die Methode an dem Material der Frauenklinik weiter zu prüfen. Die ausführlichen Resultate werden demnächst in seiner Dissertation erscheinen.

Neue Bücher.

1) **C. Richard Böhm** (Berlin). **Die Verwendung der seltenen Erden, eine kritische Übersicht.** Preis br. 4,50 Mk., geb. 5,50 Mk. Leipzig, Veit & Comp., 1913.

Dieses neue Buch des bekannten Chemikers und Kenners der seltenen Erden ist auch für den Gynäkologen von hohem Werte. Ein besonderes Kapitel widmet der Autor der therapeutischen Verwendung des Mesothoriums und des Thoriums. Was hierin ärztlich besonders interessiert, das ist die Schilderung der Herstellung, der Chemie und Physik, der Biologie und Physiologie, des Mesothoriums und seiner Zerfallprodukte. Das anregendste Kapitel für uns jedoch ist das letzte: »Rückblicke und Ausblicke.« Der Verf. schildert darin, wie aus den bis dahin wertlosen Abfallstoffen der hauptsächlich der Gasglühlichtindustrie dienenden Thoriumfabrikation das wertvolle Mesothorium nebst Thorium gewonnen wurde, wie sehr bald sich das Verhältnis gerade umgekehrt gestaltet hat: daß nämlich jetzt die ursprünglichen Abfallprodukte die Hauptwerte darstellen, weil sie das kostbare Mesothorium usw. ergeben. Von diesem wertvollen Material hat die Industrie der medizinischen Forschung bisher Werte in Höhe von (nach der Schätzung des Autors) mehreren Hunderttausend Mark kostenlos zur Verfügung gestellt. Bei voller Ausnutzung der Thoriumrückstände könnte die Weltindustrie auf das Jahr etwa 10 g technisches Mesothoriumbromid herstellen, die einen Wert von etwa 1 500 000 Mk. darstellen. Vorläufig findet aber nur ein Viertel der jährlichen Thoriumabfälle seine Ausnutzung. So kann also von einem drohenden Mangel für therapeutische Zwecke noch nicht gesprochen werden. — Hochinteressante Erörterungen auch über die wirtschaftliche und nationale Seite der Thoriumindustrie verflechten sich mit den exakten Angaben über Chemie und Physik. Bei der Fülle der Einzelheiten, die das kleine Buch enthält, ist ein wirkliches Referat unmöglich. Man kann nur jeden, der Interesse für das Mesothorium und seine Zerfallprodukte hat, auf das Buch selbst verweisen.

Richter (Stettin).

Berichte aus gynäkologischen Gesellschaften.

2) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Leipzig.

613. Sitzung vom 16. Juni 1913.

Vorsitzender: Herr Zweifel; Schriftführer: Herr Bretschneider.

I. Herr Plaut: Demonstration einer Placenta.

Die Placenta, die ich Ihnen zeigen möchte, stammt von einer 34jährigen Frau, die vor 3 Wochen das zehnte Kind bekam (neun Kinder leben); vor 3 und 5 Jahren je ein Abortus. Die Schwangerschaft war ungestört; nur im letzten Monat konsultierte mich die Frau wegen leichter Krampfaderblutung am Bein. Die Entbindung war leicht, ohne Arzt. Der Hebamme war die Nachgeburt auffällig wegen einer Blase am Nabelstrang und einer teilweisen fibrösen Entartung des

Digitized by Google

Mutterkuchens. Die Blase entsprach einer großen, mit Wasser gefüllten Amnioncyste. Der blasse, fibrös-nekrotische Teil der Placenta war nicht scharf von der übrigen Placenta abgesetzt. Ich wollte die sonst nichts Auffälliges bietende Placenta schon beiseite legen, da fühlte ich in einer Duplikatur des Eihautrandes, der fibrösen Stelle der Placenta entsprechend, harte Konkremente und bei genauerem Hinfühlen zarte Spangen wie von einem fötalen Thorax. Ich vermutete gleich einen Foetus papyraceus. Diese Diagnose bestätigte sich nach Eröffnung des schmalen Nebensackes, die ich hier im Institut mit Herrn Dr. Schweitzer vornahm. Der Sack enthält einen Fötus von ca. 8 cm Länge, völlig platt gedrückt, in schmierige gelbe Massen eingehüllt. In der letzten Sitzung sprachen wir von den Leistungen unserer Hebammen — diese Zwillingsschwangerschaft war nur durch die Aufmerksamkeit der Hebamme zu entdecken.

II. Herr Schweitzer: 1) Puerperale Infektion mit endogenen Keimen und ihre Prophylaxe. 2) Bakteriologische Befunde in der Vagina Schwangerer. (Erscheint als Habilitationsschrift ausführlich.)

Diskussion. Herr Zweifel. Steht an der Spitze dieser Nummer als Originalartikel.

Herr Skutsch: Die mitgeteilten Resultate sind sicherlich von großer Bedeutung. Da aber in dem in Betracht kommenden Zeitraum alle Schwangeren mit pathologischem Sekret gespült wurden, so fehlt der volle Vergleich; es läßt sich nicht sicher sagen, wie viele von ihnen mit pathologischem Sekret gefiebert hätten, wenn sie nicht gespült worden wären. Ein Schluß aus früheren Jahrgängen ist nicht ganz sicher, weil da auch andere Umstände das Resultat beeinflußt haben können.

Nachdem erkannt war, daß Scheidenspülungen bei Schwangeren und Gebärenden Nachteile haben können, kam man allgemein von den Spülungen zurück. Wenn jetzt wieder nach den hier mitgeteilten Resultaten die Spülungen in die allgemeine Praxis eingeführt werden, so ist zu berücksichtigen, daß durch die so oft fehlerhafte Art der Spülung (mangelhafte Asepsis) auch Nachteile entstehen können.

Zeitschriften.

3) Archiv für Gynäkologie Bd. C. Hft. 1.

1) Vorwort von E. Bumm und E. Wertheim zum 100. Bande.

2) Robert Meyer. Über die Beziehung der Eizelle und des befruchteten Eies zum Follikelapparat, sowie des Corpus luteum zur Menstruation.

Verf. liefert einen Beitrag zur normalen und pathologischen Anatomie und Physiologie des Ovariums. Er versucht nachzuweisen, daß von der ersten Entwicklung des Primordialfollikels an bis zum Tode des Eies, stets das Verhalten des Follikels von dem Schicksale der Eizelle geleitet wird. So ist die Bildung des Graaf'schen Follikels abhängig von einem bestimmten Grade der Eireifung. Bei Reifungshemmung durch Eintritt der monatlichen Befruchtungsreife und durch Befruchtung tritt Follikelatrophie ein. Die Befruchtungsreife eines Eies geht mit Corpus luteum-Bildung einher. Das Corpus luteum wird zyklisch neugebildet vor jeder Menstruation. Das Corpus luteum der Gravidität ist an gewisse morphologische Einzelheiten (langes Ausbleiben der fettigen Degeneration usw.) und an chemische Eigentümlichkeiten (Ausbleiben des Neutralfettes, Erhalten des Lipochroms, nur weil das Ei durch Befruchtung am Leben erhalten bleibt) ge-

Digitized by Google

bunden. Stets wird das Ei befruchtet, das während oder nach der Menstruation den Follikel verläßt; der Eintritt einer neuen Menstruation bezeichnet den spätesten Termin des Eitodes der vorangegangenen Ovulation. Unbekannt geblieben ist bis jetzt eine Art abortiver Corpus luteum-Bildung, wahrscheinlich eine Folge vorzeitigen Eitodes, sowie »partielle akzessorische Luteinsaumbildung« in der Wand cystisch atresierender Follikel und zwar auf fast gleicher Ausbildungsstufe wie das gleichzeitig vorhandene normale Corpus luteum im gleichen oder anderen Ovarium mit und ohne Gravidität. Die Anwesenheit einer reifen Eizelle kann also auch genügen, durch Fernwirkung auch das Follikelepithel zu der Umwandlung in eine Drüse mit innerer Sekretion anzuregen, und zwar nicht nur das Epithel des eigenen Follikels, sondern auch noch eines oder mehrerer anderer Follikel des gleichen oder des anderen Ovariums. Die Luteinbildung wird also vom lebenden, reifen Ei hervorgerufen. Das befruchtete Ei besitzt dagegen einen luteinspeichernden Einfluß, welcher eine besondere Steigerung vom pathologischen Ei erfährt, so daß man an das Chorionepithel als Ursache denken muß.

3) Carl Ruge II. Über Ovulation, Curpus luteum und Menstruation. In 106 Fällen wurden Ovarien und Mucosa uteri untersucht, die meist durch Totalexstirpation gewonnen wurden. Die Resultate dieser Untersuchungen waren folgende:

Die Ovulation und die Corpus luteum-Bildung stehen mit den zyklischen Veränderungen der Uterusschleimhaut in einem deutlichen, zeitlichen Zusammenhang. Die Berstung des Follikels und die Anfänge der Corpus luteum-Entwicklung fallen in die ersten 14 Tage, von Beginn der Menstruation an gerechnet; sie gehen mit menstruellen oder Intervallveränderungen der Mucosa uteri einher. Das Stadium der Vaskularisation und das der Blüte des Corpus luteum sind mit prämenstrueller Uterusschleimhaut verbunden und finden sich in der zweiten Hälfte des Intermenstruums. Die Blüte des Corpus luteum erhält sich bis zum Beginn der Menstruation. Die Rückbildung des Corpus luteum beginnt meist mit dem Auftreten der Menstruation und ist mit menstrueller oder Intervallmucosa des Uterus verbunden. Blüte des Corpus luteum und frisch geborstene Follikel wurden nie zugleich beobachtet; sie scheinen einander auszuschließen.

4) Paul Haendly. Anatomische Befunde bei mit Mesothorium- und Röntgenstrahlen behandelten Karzinomen.

Den bisher in der Literatur veröffentlichten Berichten über anatomische Befunde bei mit Mesothorium und Röntgenstrahlen behandelten Karzinomen kann H. weitere 5 Fälle aus der Bumm'schen Klinik zufügen, bei denen er, da drei Präparate durch Operation, zwei durch Sektion gewonnen wurden, genaue Untersuchungen über die Tiefenwirkung vornehmen konnte. Das Resultat seiner Untersuchungen gipfelt darin, daß Karzinomgewebe durch die Behandlung mit Mesothorium- und Röntgenstrahlen unzweifelhaft zum Schwinden gebracht werden kann. Bei dem Untergang der Krebszellen finden sich die von allen Autoren einstimmig beschriebenen Veränderungen des Kerns und des Protoplasmas. Was die Tiefenwirkung anbelangt, so wird in den oberen Schichten, in denen es zur Nekrose kommt, kein Karzinom mehr gefunden, in der Tiefe treten ebenfalls deutliche Veränderungen nicht nur an den Karzinomzellen, sondern auch an den anderen Geweben in der Tiefe der Uteruswand ein. Die Wirkung ist jedoch keine gleichmäßige. Es liegen neben untergegangenen und untergehenden Karzinomhaufen sowohl in der Tiefe wie auch unter der Oberfläche noch absolut lebensfrische Zellstränge. Auch bei den durch Sektion gewonnenen Präparaten, die am

Digitized by Google

längsten und ausgiebigsten behandelt waren, fanden sich in der Wand der Höhle noch kleine Nester, die als Karzinomzellen angesprochen werden müssen. So ist zu sagen, daß die Tiefenwirkung bei der bisher gebräuchlichen Anwendung der Röntgen- und Mesothoriumstrahlen keine gleichmäßige und genügende ist, doch sprechen die in der letzten Zeit erreichten klinischen Erfolge dafür, daß durch starke Filtrierung ohne Schädigung der gesunden Gewebe eine erhöhte Wirkung der Strahlen in der Tiefe ermöglicht werden kann.

5) A. Wagner. Über familiäre Chondrodystrophie.

Ausführlicher Bericht über einen Fall von Chondrodystrophie, der klinisch genau beobachtet ist und einen jener seltenen Fälle von direkter Übertragung der Erkrankung von der Mutter auf das Kind darstellt. Die Mutter stand, wenn auch nicht kontinuierlich, seit ihrem 10. Jahre in klinischer Beobachtung. Mutter wie Kind wurden röntgenologisch genau untersucht. Die klinischen Erscheinungen der Chondrodystrophie bestehen in starker Entwicklung der Musculatur, regulärer Dentition im Gegensatz zur Rachitis, charakteristischen brachycephalen Form des Kopfes, Kürze der Extremitäten ohne Verkrümmung, im Röntgenbild Vergrößerung der Epiphysen mit normalen oder vorzeitig auftretenden Knochenkernen, kurzen dicken Diaphysen, normaler Rumpflänge. Wenn Verkrümmungen der Extremitäten vorhanden sind, beruhen dieselben auf einem schiefen Aufsitzen der Epiphysen auf der Diaphyse. Ferner ist gewöhnlich reichliche Entwicklung des Panniculus adiposus vorhanden, und es tritt eine frühzeitige und übermäßige Entwicklung der Genitalien ein. Die Intelligenz ist gut, oft über dem Durchschnitt. Das Becken ist das von Breus und Kolisko beschriebene Becken der achondroplastischen Zwerge entweder allgemein verengt und hochgradig abgeplattet oder allgemein verengt dreiwinkelig mit erweitertem Ausgang. Das Geburtshindernis ist meist so groß, daß die Sectio caesarea notwendig wird. Interessant ist das hereditäre oder familiäre Vorkommen der Chondrodystrophie. Gewöhnlich vererbt der Vater die Chondrodystrophie, seltener wie im Falle des Verf. die Mutter. Für das Zustandekommen der für Chondrodystrophie typischen Veränderungen sind zweierlei Ursachen gleichzeitig anzunehmen. Erstens Behinderung der normalen enchondralen Knochenbildung infolge Störung in dem Konzern der für die Knochenbildung in Betracht kommenden endokrinen Drüsen, voran wohl die Keimdrüse (Hypergenitalismus), zweitens mechanische Behinderung des Längenwachstums der Knochen durch Muskelzug, dieser wieder hervorgerufen durch die hypertrophische Entwicklung der Muskulatur als Folge einer Hyperfunktion der Keimdrüse.

6) W. Weibel. Die klinische Stellung des Carcinoma corporis uteri.

Das Material der Wertheim'schen Klinik von 69 Fällen von Korpuskarzinom wird hinsichtlich der klinischen Stellung des Carcinoma corporis uteri bearbeitet. Von den 69 Fällen waren zwei inoperabel. In 15% wurde das Karzinom zufällig entdeckt. 19mal kam es mit Myomen, 5mal mit Cysten des Ovariums, 4mal mit Ovarialkarzinom, je 1mal mit Ovarialsarkom und Tuberkarzinom vor. Interessant ist das gleichzeitige Vorkommen von Korpus- und Ovarialkarzinom. Unter den Symptomen stehen an erster Stelle die Blutungen, vor allem jene, die einige Zeit nach dem Klimakterium eintreten. Die primäre Mortalität betrug $10^1/_2$%, den höchsten Prozentsatz weist die abdominale Radikaloperation (25%), den geringsten die vaginale Exstirpation (2,8%) auf. Nach dem vorliegenden Material werden besonders viel Nulliparae vom Korpuskarzinom betroffen. Die Parametrien

Digitized by Google

werden sehr spät ergriffen, dagegen die regionären Lymphdrüsen häufiger als man bisher annahm, eine Folge der Verteilung der Lymphbahnen. Die Dauerheilung über 5 Jahre nach Abzug der an der Operation Gestorbenen 60%, ohne Abzug 51,2%. Bezüglich der Dauerheilung zeigt sich auch bei den Korpuskarzinomen eine Überlegenheit der erweiterten abdominalen Radikaloperation wegen der hohen Zahl der ergriffenen Lymphdrüsen. Nur in solchen Fällen, wo eine Laparotomie direkt kontraindiziert ist, soll die vaginale Exstirpation gemacht werden. Die Inguinaldrüsen sind nur ausnahmsweise mit zu entfernen.

7) Warnekros. Placentare Bakteriämie.

In der Bumm'schen Klinik in Berlin stellte der Verf. in 25 Fällen von Fieber unter der Geburt bakteriologische Untersuchungen an. Bei allen Fällen war die Blase seit längerer Zeit gesprungen, und mehrfache innere Untersuchungen waren außerhalb der Anstalt vorgenommen. 24mal wurde die Geburt operativ beendet. Bei 22 Fällen trat nach der Entbindung die Entfieberung ein, zwei Frauen starben, die eine an Sepsis, die andere an Verschlimmerung einer bestehenden Tuberkulose. Die Verimpfungen zeigten fast immer Bakteriengemische, 11mal Streptokokken in überwiegender Mehrzahl. Die Blutproben vor Beendigung der Geburt waren 18mal positiv, mehrere Stunden nach der Entbindung mit einer Ausnahme (Todesfall an Sepsis) negativ. Die bakteriologische Untersuchung ergab nun, daß die Keime vornehmlich in der subamniotischen Schicht und innerhalb des Chorions angetroffen wurden, und zwar konnte eine Durchwanderung des intakten Amnionepithels festgestellt werden. Von der subamniotischen Schicht findet eine spontane Weiterverbreitung bis in die intervillösen Räume statt. Ein anderer Weg für die Bakterien ist zwischen abgelösten Eihäuten und Uteruswand gegeben. Der erstere Weg kommt hauptsächlich am Ende der Schwangerschaft, der zweite bei Frühgeburten und Abort oder Placenta praevia vor. Das mütterliche Gewebe zeigt sich bei diesen Fällen den betreffenden Bakterien resistent, es findet keine Einwanderung in die Muskulatur statt, wodurch die Entfieberung nach Entleerung des Uterus erklärt ist. Alle schweren Formen von Fieber unter der Geburt sind akute placentare Bakteriämien, die Toxinämie ist nur ein Übergangsstadium. Für die Therapie folgt aus diesen Versuchen, daß die Entbindung so schnell wie möglich zu beenden ist.

8) Walter Sigwart. Die Ausschaltung der Peritonitisgefahr bei der operativen Behandlung der Uterusruptur und der perforierenden Uterusverletzungen.

Die Therapie der Uterusruptur hat einmal die Aufgabe, die Blutung zu stillen, zweitens die Ausbreitung einer Infektion zu verhüten. Ist die Frau entbunden und ist die Blutung bedrohlich, so legt man vor dem Transport in eine Klinik den Momburg'schen Schlauch an. Ist das Kind noch nicht in die Bauchhöhle durch den Riß ausgetreten, so entfernt man die Frucht und die Placenta und legt dann den Schlauch an. Ist das Kind in der Bauchhöhle, so wird man es nur bei bedrohlicher Blutung entfernen, damit man den Schlauch anlegen kann. In der Klinik darf die Blutstillung nur durch Operation stattfinden. Das Handeln hängt von der Art des Risses ab. Bei sicher inkompleter Ruptur ist die vaginale Totalexstirpation am Platze. Ist man nicht sicher, so muß man abdominal vorgehen. Im allgemeinen ist die Totalexstirpation am Platze. Hämatome im Parametrium müssen eventuell durch Spaltung des vorderen Blattes des Lig. latum ausgeräumt werden. Dann ist der Verlauf des Ureters zu sichern, der Stamm

Digitized by Google

der Uterina wird abgebunden. Bei kompleter Ruptur ist die abdominale Totalexstirpation und sorgfältige Säuberung der Bauchhöhle vorzunehmen. Dann folgt ein sicherer Abschluß aller Beckenwunden nach der Bauchhöhle hin durch doppelte sero-seröse Peritonealnaht. Drainage ist zu verwerfen. Auf diese Art wurden in der Berliner Universitätsfrauenklinik von 12 Frauen 9 gerettet, 3 erlagen dem Blutverlust, den sie vor der Operation erlitten hatten. Was die perforierenden Uterusverletzungen in den früheren Monaten der Schwangerschaft anbelangt, so wird bei kleinen Perforationen ruhig abgewartet, bei größeren Verletzungen oder wenn Intestina sicher oder möglicherweise verletzt sind, wird laparotomiert, die Uteruswunde durch tiefe Nähte geschlossen und zwei sero-seröse Nähte darübergelegt. Die vernähte Perforationsstelle wird extraperitoneal gelagert, wenn möglich in den unteren Wundwinkel. Acht Frauen wurden auf diese Art gerettet. Den Uterus zu opfern, ist nicht nötig.

9) J. Schottlaender. Über histologische Geschwulstdiagnostik im Bereiche der Gebärmutter.

Verf. verteidigt und begründet den Standpunkt der mikroskopierenden Gynäkologen in der Krebsdiagnose aus durch Ausschabung gewonnenen Massen gegenüber den pathologischen Anatomen, insbesondere gegenüber Lubarsch.

Hohl (Bremerhaven).

Kaiserschnitt.

4) **H. Fischer** (Karlsbad). **Die heute üblichen Methoden des Kaiserschnittes.** (Prager med. Wochenschrift 1913. Nr. 15.)

Dem Vortrage liegt ein interessanter Fall zugrunde. Sistieren der Menses seit Anfang April 1912, Tag der Operation 20. Februar 1913, Fehlen der kindlichen Herztöne, wegen starker Spannung der Bauchdecken und tetanisch kontrahiertem Uterus sind Kindesteile nicht tastbar, infolgedessen ist die Diagnose zwischen Schwangerschaft mit Überschreitung des normalen Endes und Tumor schwankend. Deshalb Laparotomie. Eröffnung des Uterus nach der transperitonealen cervicalen Methode und Extraktion des 55 cm langen, toten, mazerierten Kindes. Da Fruchtwasser und Eihäute übel rochen und einen durchaus septischen Eindruck machen (auch Morgensteigerung der Temperatur) wird der Uterus, ohne vorher die fest adhärente Placenta zu lösen, amputiert, der Stumpf intraabdominal versenkt und nach außen drainiert. Bis auf eine am 10. Tage aufgetretene, auf den Stumpf lokalisierte Eiterung glatter Verlauf. Piering (Prag).

5) **A. M. Hilkowich** (Neuyork). **Bericht über drei Kaiserschnitte.** (New York med. journ. 1913. Nr. 24. p. 1242.)

1) Wiederholter Kaiserschnitt bei 24jähriger IIpara mit 9 cm Conj. diag. Uterusnarbe vor Beginn der Wehen gedehnt und von dilatierten Venen überdeckt.

2) 24jährige IIpara, I. Kind mikrocephal, gewendet, tot geboren. Sectio caesarea, nachdem trotz mehrstündiger Wehen der Kopf nicht tiefer getreten war.

3) 29jährige IIpara, I. Kind 18 Pfund schwer, instrumentell entbunden, Kind tot geboren. Conj. diag. 10 cm. Da lebendes Kind dringend erwünscht Sectio caesarea.

Alle Fälle für Mutter und Kind glücklich verlaufen.

Nach englischen Statistiken (Routh) ist die Mortalität der Sectio caesarea bei stehender Blase 2,2%, bei gesprungener 10,8%.

Schottelius (Hamburg).

Digitized by Google

6) **Audebert** (Toulouse). **Die Uterusnarbe nach Kaiserschnitt.** (Ann. de gyn. et d'obst. 1913. Mai.)

Die Angabe von Couvelaire, daß eine Kaiserschnittnarbe immer eine bindegewebige Narbe ist und stets eine schwache Stelle und eine Gefahr für eine spätere Schwangerschaft bildet, kann nicht für alle Fälle aufrecht erhalten werden. Verf. sah eine Kaiserschnittsnarbe bei einem zweiten Kaiserschnitt, wo er den Uterus supravaginal amputierte, die absolut lineär verlief und keine Zeichen einer Schwäche aufwies. Mikroskopisch war Bindegewebe kaum vorhanden, es hatten sich Gefäße und Muskelfasern neu gebildet. Auch von anderer Seite sind dahingehende Beobachtungen gemacht. In dem von ihm beobachteten Falle war der erste Kaiserschnitt fieberhaft im Wochenbett verlaufen. Verf. schließt daraus, daß auch trotz fieberhaften Verlaufes die muskuläre Regeneration eine vollkommene sein kann. Hohl (Bremerhaven).

7) **W. H. Maxwell. Sectio caesarea, besonders in bezug auf seltenere Indikationen.** (Brit. med. journ. 1913. Mai 24.)

Vier Fälle von Kaiserschnitt. Beim ersten war die Indikation extreme Anteflexio mit ganz hochstehender, nach hinten gerichteter Portio nach Ventrifixatio, beim zweiten ausgeblutete Pat. mit Placenta praevia centralis. Hier war die Operation direkt lebensrettend und zeigt, daß trotz gegnerischer Anschauung der Kaiserschnitt bei Placenta praevia doch hin und wieder indiziert ist. Die beiden letzten Fälle betrafen eingekeilte Myome, in ersterem Falle wurde wegen multipler intramuraler Myome Porro gemacht. Verf. sieht einen Nutzen weder von der Eventration, noch vom queren Fundalschnitt nach Fritsch. Er stopft beide Seiten des in situ bleibenden Uterus mit Gaze gegen die Bauchhöhle ab, wodurch er ebenso sicher zu gehen glaubt, wie bei der Eventration, und den Schnitt viel kleiner machen kann. Sieber (Grunewald-Schmargendorf).

8) **Bertino** (Sassari). **Klinischer Beitrag und Betrachtungen über den extraperitonealen Kaiserschnitt.** (Rassegna d'ostetricia etc. 1913. Nr. 1.)

In allen drei Fällen des Verf.s wurde die Operation durchgeführt; die Placenta wurde stets manuell gelöst und Tamponade des Uterus angeschlossen, die Wunden wurden primär vernäht. Der Verlauf war in allen Fällen fieberhaft, die Entlassung erfolgte am 21., 17., 36. Tage. Im letzten Falle brach am 9. Tage stinkender Eiter nach oben durch. Ein Fall wurde bei stehender Fruchtblase operiert, die beiden anderen nach Fruchtwasserabfluß, doch waren alle drei außerhalb der Klinik wiederholt untersucht worden.

Der Verf. will auf Grund dieser Erfahrungen künftighin drainieren.

Küster (Breslau).

9) **Taniguchi** (Yasaburo). **Über den extraperitonealen Kaiserschnitt, besonders seine Technik und Indikationsstellung.** Inaug.-Diss., München, 1913.

Einem kurzen Überblick über die Entwicklung und den derzeitigen Stand der Technik des extraperitonealen Kaiserschnitts folgt eine ausführliche Beschreibung von 16 noch nicht publizierten Fällen der Kgl. Universitäts-Frauenklinik München. Zusammenstellung der bisher in der Literatur angeführten Fälle von extraperitonealem Kaiserschnitt. Bei 449 extraperitonealen Kaiserschnitten beträgt die mütterliche Mortalität 33 = 7,35% und bei 389 Kindern 23 = 5,91%. Die reduzierte mütterliche Mortalität ist 15 = 3,34%. O. Eisenreich (München).

Digitized by Google

Lageveränderungen.

10) **Barton Cooke Hirst** (Philadelphia, Pa.). **Die neueren Operationen zur Wiederherstellung des Beckenbodens mit einer eigenen Technik zur Freilegung und Naht des Levator ani und Transversus perinei profundus.** (Amer. journ. of obst. and dis. of w. and children 1913. Juni.)

Verf. erhebt nicht allein gegen die verschiedenen älteren Methoden der Kolpoperineoplastik, sondern auch gegen die moderne Levatornaht den Vorwurf, daß unphysiologische Verhältnisse hergestellt werden, und daß insbesondere bei der Levatornaht durch das Zusammenziehen der Levatorschenkel eine Loslösung derselben von ihrem Knochenansatz teilweise herbeigeführt werden kann. Demgegenüber geht H. so vor, daß er die Risse im Levator jederseits direkt vernäht, die Levatorschenkel im übrigen aber in ihrer Lage beläßt. (Verf. übersieht dabei bloß, daß die senkrecht auf die Faserrichtung erfolgenden Einrisse relativ harmlos sind, und daß seine Methode sich nicht für die Fälle eignet, in denen eine ganze Partie des Puborectalis von ihrem Ansatz am Knochen abgerissen ist. Ref.)

Jaschke (Gießen).

11) **E. Martin** (Berlin). **Prolaps und Unfall.** (Ärztl. Sachverständigenzeitung 1913. Nr. 6.)

M. schildert zunächst nach seinen bekannten Untersuchungen die Anatomie und Pathogenese des Prolapses der weiblichen Genitalien, um dann näher auf die Ätiologie durch Unfall einzugehen. Ein Vorfall kann eintreten durch übermäßige Anspannung der Bauchpresse bei einer Kraftleistung oder durch einen Sturz aufs Gesäß. Ausgiebige Verlagerungen des Uterus können nur unter Zerreißung von Gefäßen mit nachfolgendem Bluterguß entstehen. Blutiger Ausfluß und peritoneale Reizerscheinungen sind notwendige Begleiterscheinungen derartiger Unfälle. Verlagerungen durch Unfall können auch bei Nulliparen auftreten. Es kann auch erhebliche Verschlimmerung durch den Unfall hervorgerufen werden, so daß ein noch nicht in die Erscheinung getretener Vorfall plötzlich zu einem totalen wird. Das Kriterium Hammerschlag's, daß der Unfallprolaps stets mit dem Uterus beginne, besteht nicht zu Recht, es kann auch zuerst eine Cystokele auftreten. Auch der Satz Schwarze's, daß geringgradige Vorfälle keine erhebliche oder dauernde Schädigung der Erwerbsfähigkeit bedingen, ist einzuschränken, da die Belästigungen durch die verschiedene Größe des Prolapses großen individuellen Schwankungen unterliegt. Für die Entscheidung, ob der Prolaps schon vor dem fraglichen Unfalle bestand, ist die Beschaffenheit der prolabierten Teile von großer Wichtigkeit, dagegen spielt die Schwere des Unfalles keine große Rolle. Eine Rente ist auch dann zuzuerkennen, wenn bei bestehender Veranlagung durch den Unfall ein Prolaps hervorgerufen wird. Knoop (Duisburg).

12) **H. Neuhof** (Neuyork). **Eine Operation zur Ventrosuspension an den runden Ligamenten.** (Journ. of the amer. med. assoc. 1913. Nr. 22. p. 1701.)

Zur Vermeidung der bekannten Nachteile (Ileusgefahr) nach Olshausenscher Ventrosuspension näht N. das Lig. rot. mit Catgut fortlaufend vom inneren Leistenring beginnend durch Parietalserosa und Fascia transversa. Das Lig. rotund. soll nur angestochen werden, damit keine Atrophie entsteht. Die wenigen, bisher mit der Methode im Verlaufe der letzten 4 Jahre operierten Fälle sind

Digitized by Google

rezidivfrei geblieben. In einem Falle konnte der Operationserfolg bei einer späteren Laparotomie nachgeprüft werden, in einem anderen verlief eine spätere Gravidität ohne Störungen. Schottelius (Hamburg).

13) **Eugénie Parisse** (Paris). **Die Atiologie der Retrodeviationen bei den Jungfrauen und den Nulliparen.** (Gynécologie 1913. Mai.)

Die Ergebnisse der Untersuchungen faßt P. in folgenden Schlußsätzen zusammen: Die Retrodeviationen des Uterus bei Jungfrauen und Nulliparen können primär sein. Sie sind dann gebunden an eine Entwicklungsanomalie, und können sich zeigen im Laufe des intrauterinen Lebens, während der Kindheit oder im Moment der Pubertät. Sie können sekundär sein, das sind die zahlreichsten und häufigsten. Sie entwickeln sich begünstigt durch prädisponierende Ursachen, Muskelschwäche des Beckenbodens, bedeutende Länge und Atrophie des Isthmus, wodurch anormale Beweglichkeit des Uterus mit oder ohne Flexion bedingt ist. Die entscheidenden Ursachen der sekundären Retrodeviationen können sein:

1) dynamischer Art: Anstrengung, direkte oder indirekte Traumen;

2) pathologische Zustände des Uterus: Metritis, Fibrome, Fibromyome des Fundus;

3) das Resultat eines periuterinen pathologischen Zustandes: Salpingitis, Hydro-, Pyo-, Hämatosalpinx, Ovarialcysten, Pelviperitonitis usw.;

4) endlich Schwäche oder Alteration des peripheren oder zentralen Nervensystems, schließlich im Niveau des Beckenbodens das Fehlen des Muskel- und Gefäßtonus, allgemeine Erschlaffung der Gewebe, passive Kongestion des Uterus, Vermehrung seines Volumens. Hohl (Bremerhaven).

14) **Alsberg** (Berlin). **Zur Therapie der puerperalen Uterusinversion.** (Deutsche med. Wochenschrift 1913. Nr. 23. p. 1102.)

Verf. hat in einem Falle von Inversio uteri totalis mit adhärenter Placenta trotz bestehenden Kollapses die Placenta gelöst, den Uterus (40 Minuten post invers.) reponiert und Uterus und Scheide fest tamponiert. Pat. wurde geheilt.

An der Hand dieses Falles wendet er sich gegen den Vorschlag Zangemeister's, die Reposition am besten erst nach Ablauf des Shock- und Verblutungsstadiums, also etwa in der 3. bis 12. Stunde nach der Inversion vorzunehmen. Er empfiehlt die sofortige manuelle Reposition unter größtmöglicher Schonung. In jedem Falle soll prinzipiell an die Reposition die sorgfältige Uterus- und Scheidentamponade angeschlossen werden. Behne (Kiel).

15) **Bierer** (Radauz, Bukowina). **Credé'scher Handgriff und Uterusinversion.** (Deutsche med. Wochenschrift 1913. Nr. 21. p. 1002.)

Ein Fall von totaler Inversio uteri, hervorgerufen durch Anwendung des Credé'schen Handgriffes durch die Hebamme. Tod der Mutter 2 Stunden post partum infantis wahrscheinlich an Verblutung. Behne (Kiel).

Myom.

16) **A. v. Schrenck** (Petersburg). **Über Uterusmyom und Schwangerschaft.** (Petersburger med. Zeitschrift 1913. Nr. 12.)

Kasuistische Mitteilung. 41jährige Frau bei der bereits vor 3 Jahren ein kindskopfgroßer Tumor im Leibe nachgewiesen wurde. Es erfolgt Gravidität, während welcher jetzt zwei Tumoren palpiert und als subseröse Myome diagnostiziert werden. Kompressionsbeschwerden gegen Ende der Schwangerschaft. Porceps. Atonische Nachblutung.

Digitized by Google

Im Anschluß an diesen Fall wird die Frage nach den Wechselwirkungen zwischen Schwangerschaft und Myom erörtert. B. Ottow (Dorpat).

17) **Violet (Lyon). Fibrom und Schwangerschaft.** Lyon méd. 1913. Nr. 9.)

Subseröses Fibrom bei einer 45jährigen Frau im 4. Schwangerschaftsmonate. Indikation durch die heftigen Schmerzen gegeben; Operation bzw. Abtragung durch zahlreiche Verwachsungen mit Eingeweiden und Bauchwand sehr erschwert. 2 Tage später Abort. Heilung. Zeiss (Erfurt).

18) **Kohashi. Schwangerschaft und Myom.** Inaug.-Diss., München, 1911.

Verf. erörtert ausführlich die Folgezustände der Myome, ihren Einfluß auf Schwangerschaft und Geburt, sowie die Resultate der Myomoperation während der Schwangerschaft. Im Anschluß daran berichtet er über zwei Fälle aus der Münchener Universitäts-Frauenklinik:

I. 32jährige VIIIpara kommt am 26. IV. 1910 wegen ziehender und reißender Schmerzen im Leibe, sowie Stechen bei der Defäkation und Miktion in die Klinik. Letzte Regel 25. I. 1910.

Befund: An dem etwa kindskopfgroßen, weichen Uterus hängt an einem ziemlich breiten Stiel ein etwa zweifaustgroßer Tumor. Ovarialkystom? Myom? — Laparotomie.

Diagnose: Myoma uteri cum graviditate mens. IV. Abtragung des Myoms.

II. 25jährige Igravida mens. X. Im Muttermund fühlbar ein faustgroßes, weiches Myom. Laparotomie. Totalexstirpation des Uterus.

Nürnberger (München).

19) **Audebert und Fournier (Toulouse). Spontane Entbindung bei einigen Fällen von vorliegendem Fibrom.** (Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. 8. Jahrg. Nr. 5.)

Bericht über vier Fälle, in denen voluminöse Fibrome des unteren Gebärmutterabschnittes ein Geburtshindernis abzugeben schienen, das aber während der Geburt durch Emporsteigen der Tumoren über den Beckeneingang aus dem Wege geräumt wurde, so daß die Geburt spontan vor sich ging. Die Verff. empfehlen daher, zunächst einige Stunden abzuwarten, ob ein Emporsteigen der Fibrome während der Geburtsarbeit stattfindet und erst zur Sectio caesarea zu schreiten, wenn weiteres Abwarten aussichtslos erscheint.

Hohl (Bremerhaven).

20) **Louis Pierra (Paris). Zwei Beobachtungen von voluminösem Fibrom des unteren Segmentes, Schwangerschaftskomplikation, Aufsteigen des Tumors während der Geburt.** (Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. Jahrg. 8. Nr. 5.)

Beide Fälle zeigen, daß man mit der Operation nicht voreilig sein darf, da ein spontanes Aufsteigen der Fibrome aus dem kleinen Becken unter der Geburt häufig stattfindet. Hohl (Bremerhaven).

21) **v. Wiecki (Czeslaus). Über einen Fall von Sarkom nach Myomoperation.** Inaug.-Diss., München, 1913.

Es handelte sich um eine Pat., bei der im Januar 1911 ein bis zum Zwerchfell reichendes Myom durch Totalexstirpation entfernt worden war. Im Juli 1912 suchte die Pat. wieder die Klinik auf. Die äußere Untersuchung ergibt das Abdomen mit harten Tumormassen angefüllt. Laparotomie bestätigte die Diagnose

Digitized by Google

Sarkomatose. Es konnte lediglich ein Teil der Tumoren abgetragen werden, Radikaloperation unmöglich. Exitus nach 6 Tagen. Mikroskopisch ergab sich ein Spindelzellensarkom. Verf. schließt aus dem relativ raschen Wachstum des bei der ersten Laparotomie entfernten Tumors, daß dieser bereits sarkomatös entartet war, und daß es sich bei dem zweiten Tumor um ein Rezidiv gehandelt habe. O. Eisenreich (München).

Ovarium.

22) **Fritz Kermauner** (Wien). **Das Fehlen beider Keimdrüsen.** (Ziegler's Beiträge z. path. Anatomie u. z. allg. Pathologie Bd. LIV. 1912.)

Nachdem Verf. alle bislang in der Literatur niedergelegten Fälle von Fehlen beider Keimdrüsen, insbesondere bei gleichzeitig bestehender Sirenen- oder Bauchspaltenbildung kritisiert hat, kommt er zu dem Ergebnis, daß ein wirklicher Defekt nur in äußerst seltenen Fällen vorkommt. (Eigentlich sind es bisher nur zwei, von denen in dem einen aus dem Jahre 1860 die mikroskopische Untersuchung fehlt, während der andere nur oberflächlich beschrieben ist!) In diesen Fällen kann man natürlich nicht von einem bestimmten Geschlecht sprechen, mögen auch äußeres Genitale ausgebildet, oder Wolff'sche bzw. Müller'sche Gänge nachgewiesen sein. Der vollständige Defekt ist höchstwahrscheinlich gänzlich unabhängig von typischen Mißbildungen des Rumpfes und auch von solchen der Nieren. Die Lage der Keimdrüsen ist eine so außerordentlich günstige, daß sie vor allen Einflüssen bewahrt sind, die abnormerweise die Körperenden treffen und zu den mannigfachesten Mißbildungen an denselben führen. Auch zwischen Nebennieren und Keimdrüsen ist keinerlei Zusammenhang zu konstatieren. Die Ursache, welche die Vernichtung der Keimdrüsen zur Folge hat, muß sowohl örtlich — das ergibt das Verhalten der Niere bzw. Urniere — als zeitlich begrenzt sein (frühestens bei 5 mm Körperlänge, wahrscheinlich viel später!). — Vom wirklichen Defekt gibt es alle erdenklichen Übergänge zu den unbestimmbaren und zu den definitiven normalen, verschieden geschlechtigen Keimdrüsen. Vernichtung der Keimzellen mit Störungen im Mesenchym lokaler Art, eventuell auf die Nachbarschaft übergreifend und in verschiedenen Entwicklungsphasen einsetzend, erklären zur Genüge diese verschiedensten Formen. Bisweilen haben vielleicht auch nur die Sexualzellen Schaden gelitten. Michel (Koblenz).

23) **J. W. Miller** (Heidelberg). **Corpus luteum und Schwangerschaft. Das jüngste operativ erhaltene menschliche Ei.** (Berliner klin. Wochenschrift 1913. Nr. 19.)

M. geht von den gelungenen künstlichen Befruchtungen aus, die Döderlein und Hirsch kurz vor und kurz nach der Menstruation bewirkten. Er nimmt auf Grund klinischer Autopsien und der Experimentalarbeiten von Fraenkel, sowie der Befunde von Hitschmann und Adler an, daß die Ovulation der Periode etwa 9 Tage vorangehe und bezeichnet etwa den 18., bei Frauen mit 3wöchigem Menstruationstypus den 11. Tag nach Eintritt der letzten Periode als den günstigsten Termin für die natürliche Befruchtung. Verf. sieht als Anhänger der Born-Fraenkel'schen Theorie das Corpus luteum als eine Drüse mit innerer Sekretion an; ihren epithelialen Ursprung glaubt M. durch den Nachweis von Kolloidtropfen bewiesen zu haben. Die prämenstruelle Umwandlung der Gebärmutterschleimhaut und die Eieinbettung hängen vom Corpus luteum, als ihrem trophischen Zentrum ab. Das Corpus luteum menstruationis enthält nach M. Fett, das Corpus

Digitized by Google

luteum graviditatis kein Fett, dagegen Kolloid und Kalkablagerungen. Zur Implantation gelangt stets das Ovulum der zuerst ausgebliebenen Regel. Die Menstruation stellt — ein Indikator frustaner Ovulation — nur eine Entlastung des hyperämischen Uterus dar. Beiträge zu den Vorgängen der Eieinbettung liefert die Beschreibung eines gelegentlich einer Curettage gewonnenen Eies, das etwa 30 Tage alt gewesen sein dürfte. H. Fuchs (Danzig).

24) **M. Muret (Lausanne). Ovarialtumoren und Schwangerschaft.** (Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. 8. Jahrg. Nr. 5.)

Bericht über 12 Fälle von Ovarialtumoren, von denen 7 in der Schwangerschaft, 3 in der Geburt und 2 im Wochenbett beobachtetet wurden. In den ersten Monaten der Gravidität sind die Ovarialtumoren abdominal zu entfernen, in den letzten Monaten genügt es, den Tumor, wenn möglich, vorsichtig zu reponieren und dann die Pat. in Beobachtung zu behalten. Gelingt die Reposition nicht, so ist ruhig bis zur Geburt abzuwarten. Unter der Geburt muß erst die Reposition versucht werden. In geeigneten Fällen kann die vaginale Ovariotomie ausgeführt werden. Punktion ist im allgemeinen zu verwerfen. Ist das vaginale Vorgehen untunlich, so ist abdominal zu operieren. Hohl (Bremerhaven).

25) **Joseph Bondi (Wien). Zur Kenntnis des Melanosarcoma ovarii.** (Wiener klin. Wochenschrift 1913. Nr. 26.)

Mitteilung eines wegen Stieldrehung operierten Ovarialtumors, der sich bei der mikroskopischen Untersuchung als ein Melanosarkom erwies. Die Kranke starb kurz darauf unter den Symptomen eines Hirntumors. Die Sektion ergab Metastasen fast im ganzen Körper, der Ausgangspunkt des Tumors ließ sich nicht eruieren. Doch nimmt Verf. an, daß es sich auch bei dem Tumor im Ovarium mit Wahrscheinlichkeit um eine Metastase handelte. Linzenmeier (Berlin).

26) **Tixier (Lyon). Cystischer Tumor des rechten Ovariums und stenosierender Krebs des S romanum.** (Lyon méd. 1913. Nr. 29.)

Kräftige Frau von gutem Allgemeinbefinden bemerkt seit einigen Monaten Zunahme des Leibesumfanges. Es findet sich rechts ein kindskopfgroßer Ovarientumor, der den Uterus gegen die Symphyse drängt. Im Douglas ein zweiter Tumor. Diagnose: Doppelseitiger Ovarialtumor. Der linke Tumor erweist sich dagegen als ringförmige, stenosierende Geschwulst des Dickdarms, die in den Douglas hinabprolabierte. Enterektomie, Enteroraphie; linkes Ovarium intakt. Bauchschluß.

Der Fall hatte demnach einen Fall von Krukenberg'schem Syndrom vorgetäuscht. Zeiss (Erfurt).

27) **Eli Moschcowitz. Über Verkalkung und Knochenbildung im Ovar, Tube, Herniensack u. a. O.** (Proceedings of the New York pathol. soc. 1913. Januar u. Februar.)

In fünf Ovarien fand Verf. zum Teil Kalkablagerung, zum Teil Knochen, dessen Bildung vom Zentrum der Kalkmasse nach außen fortschritt. Die Verkalkung eines Corpus albicans bildet überall die Ursache. Dann dringen von der Peripherie Kapillare herein und bilden Höhlen. Fibroblasten kommen hinzu und wandeln sich später in Osteoblasten. So bilden sich Blutgefäße und Knochen, wobei die ursprünglich gebildeten Höhlen zu Havers'schen Kanälen werden. Ähnliche Vorgänge fand Verf. inmitten der Wand einer chronisch entzündeten Tube. In einem Herniensack konnte er histologisch in dem dichten hyalinen subperitonealen Gewebe Kalkeinlagerung nachweisen. Michel (Koblenz).

Digitized by Google

Harnorgane.

28) **Hans G. Pleschner (Wien). Beiträge zur Klinik und pathologischen Anatomie der malignen Hypernephrome.** (Zeitschrift für urolog. Chirurgie 1913. I. p. 309. Mit 1 Tafel.)

Eine monographische Darstellung aus der Klinik von Hochenegg (Wien), die sich auf eine Reihe von 53 eigenen Fällen stützt.

Etwa $^2/_3$ aller zur Beobachtung kommenden Nierentumoren gehören zu den Hypernephromen. Männliche Kranke überwiegen, das mittlere Erkrankungsalter fällt auf das 52. Lebensjahr. Die Ätiologie ist nach wie vor völlig dunkel.

Unter den Symptomen, die allerdings individuell sehr wechselnd sein können, gebührt der Trias: Hämaturie, Schmerz, Tumor, entscheidende Bedeutung.

Die Diagnostik stützt sich in erster Linie auf Cystoskopie und funktionelle Nierendiagnostik.

Die Therapie soll ausschließlich in Nephrektomie bestehen, wobei unter den Operationsmethoden die besten Erfolge durch lumbale, extraperitoneale Nierenexstirpation erreicht werden. Bei singulären Metastasen ist das operative Vorgehen noch durchaus aussichtsreich.

Die Prognose ist wechselnd zu stellen und wird durch den anatomischen Charakter der Geschwulst und seine Metastasierungsneigung bedingt.

Unter den Metastasen ist besonders auf solche in Knochen und mehrfach in Vulva, Vagina und Ovarium (von anderen Autoren) beobachtete hinzuweisen.

25 Krankengeschichten werden teils in extenso mitgeteilt. In einer angefügten Tabelle sind 80 Hypernephromfälle aus der Literatur zusammengestellt. Sorgfältiges Literaturverzeichnis. B. Ottow (Dorpat).

29) **H. Kümmell (Hamburg). Das spätere Schicksal der Nephrektomierten.** (Zeitschrift für urolog. Chirurgie 1913. I. p. 375.)

Unter 782 Nierenoperationen wurden 386 Nephrektomien ausgeführt.

Bei Tuberkulose konnten 75—80% Dauerheilungen erreicht werden. Die Frühoperation ergibt hier die besten Dauerresultate. Die Fernresultate wegen Tumoren sind, entsprechend dem pathologischen Charakter der Geschwulst, wechselnde. Hydro-, auch Pyonephrosen geben gute Fernresultate.

In allen diesen Fällen kommt natürlich dem Intaktsein der anderen Niere entscheidende Bedeutung zu. In gewissen Fällen kann auch bei leichter Erkrankung der restierenden Niere operiert werden mit Aussicht auf postoperative Besserung ihres Zustandes.

Verf. hat unter seinen Nephrektomierten 17 Fälle nachfolgender Gravidität bzw. Entbindung. Bei einer dieser Pat. trat Nephritis auf, bei den übrigen verliefen die Entbindungen ebenso normal und ungestört, wie bei Frauen mit zwei gesunden Nieren. Eine Nephrektomie (Abszeßniere) inter graviditatem verlief normal, später Entbindung von einem gesunden Kinde.

Die Nephrektomie bildet somit, besonders nach Ablauf einer gewissen Beobachtungszeit, die dann prognostische Schlüsse für die Zukunft erlaubt, auch bei der Frau kein Hindernis einer Ehe.

Im allgemeinen wird man sagen können, daß das spätere Schicksal der Nephrektomierten, wenn sie etwa 4 Jahre gesund überstanden haben, ein sehr günstiges ist und ihre Lebensdauer sich kaum von der normaler Menschen unterscheiden dürfte. Ein möglichst frühzeitiger operativer Eingriff ergibt die besten Dauererfolge. B. Ottow (Dorpat).

Digitized by Google

30) **G. Kolischer** (Chicago). **Diagnose während urologischer Operationen.** (Journ. of the amer. med. assoc. Bd. LXI. Nr. 3. p. 174.)

Trotz aller Fortschritte in der Diagnose urologischer Erkrankungen wird die ante operationem gestellte Diagnose heute oft erst im Verlaufe der Operation nach Freilegung und Inspektion des erkrankten Organs ermöglicht. Diese Behauptung wird durch Beispiele von Erkrankungen der Epidydimis, Prostata, Blase und Niere bewiesen.

Speziell die dem betreffenden Falle angemessene Nierenoperation (ob Nephrektomie oder Nephrotomie) läßt sich meist erst nach Inspektion des Organs feststellen.

Schottelius (Hamburg).

31) **W. G. Vincent** (Neuyork). **Ein ungewöhnlicher Fall renaler Hämaturie.** (Med. record Bd. LXXXIV. Nr. 3. p. 106.)

37jähriger Pat., bei dem sich anamnestisch nur eine anscheinend ausgeheilte einmalige Malariainfektion feststellen ließ, erkrankt unter Hämaturie, als deren ausschließliche Quelle die rechte Niere festgestellt wird. Die Diagnose wurde auf Hypernephrom oder rechtseitige chronische hämorrhagische Nephritis gestellt. Freilegung der Niere und Dekapsulation, nachdem das Fehlen eines Tumors festgestellt war und eine Probeexzision aus der Rinde gemacht war. Histologisch: chronische hämorrhagische Nephritis. Heilung.

5 Jahre später wieder schwerste Hämaturie; die aus beiden Nieren stammt. Beiderseits Dekapsulation und trotz Infektion der Wunden mit Coli Entlassung aus klinischer Behandlung nach 4 Wochen. Wenn auch keine vollständige Heilung eintrat und Blut und Eiweiß auch fernerhin ausgeschieden wurden, ist Pat. 3 Jahre nach der zweiten Operation doch noch als Farmer tätig.

Schottelius (Hamburg).

32) **H. L. Kretschmer** (Chicago). **Die Behandlung profuser Nierenblutungen mit Epinephrin.** (Journ. of the amer. med. assoc. Bd. LXI. Nr. 1. p. 17.)

IVpara, bei der alle Schwangerschaften mit Hämaturie von wechselnder Stärke einhergegangen waren, die p. part. stets spontan sistierten.

Röntgenaufnahme ohne Besonderheiten, Ureterenkatheterismus links reines Blut, rechts Blutspuren. Da jeder chirurgische Eingriff verweigert wurde, erhielt Pat. mit Unterbrechungen dreimal je 5 ccm Epinephrin (Adrenalin P. D. & Co.) und Salzlösung ää, wodurch die Blutung zum Stillstand gebracht wurde.

Warme Empfehlung der einfachen und wenig eingreifenden Methode in entsprechenden Fällen.

Schottelius (Hamburg).

33) **Pollosson** (Lyon). **Blasen-Scheidenfistel. Kolpokleisis.** (Lyon méd. 1913. Nr. 23.)

Blasen-Scheidenfistel nach vaginaler Uterusexstirpation an der vorderen Scheidenwand. Verf. hebt die Schwierigkeit der Naht in solchen Fällen hervor, wo ein Herabziehen des Uterus und die hierdurch ermöglichte leichte Zugänglichkeit der Fistel wegfalle. Er rät überdies, in solchen Fällen die Zahl der Nähte auf das notwendigste zu beschränken.

Zeiss (Erfurt).

34) **W. C. Stevens** (San Francisco). **Diagnose und Behandlung multipler Urethralsteine. Mit Bericht eines ungewöhnlichen Falles.** (Journ. of the amer. med. assoc. Bd. LXI. Nr. 2. p. 86.)

Primäre multiple Urethralsteine, die bei einem 41jährigen Luetiker nach

Digitized by Google

Urethroskopie per vias naturales instrumentell entfernt wurden. Blase, Ureteren und Nierenbecken enthielten keine Konkremente. Schottelius (Hamburg).

35) **A. C. Burnham** (Neuyork). **Hexamethylentetramin in der Chirurgie.** (Med. record Bd. LXXXIV. Nr. 1. p. 15.)

Das Präparat hat sich klinisch wie experimentell als eins der wirksamsten chemischen Therapeutika seit Nicolaier's Nachweis (1889) von Formaldehyd im Urin von Pat., die Hexamethylentetramin genommen hatten, bewährt. Die Bildung von Formaldehyd findet nicht nur, wie anfänglich angenommen wurde, in saurer Lösung, sondern bei längerem Stehen auch in alkalischer Lösung statt, auch in pyelitischem Urin und anderen Körperflüssigkeiten, so daß sich Hexamethylentetramin auch im Sinne einer Therapia sterilisans zur Behandlung von Zerebrospinalmeningitis, Meningitis cholangitis empfiehlt.

In schweren Fällen kann die Tagesdosis ohne Nachteile auf 12—18 g p. die (!) gesteigert werden, sofern keine Idiosynkrasie gegen das Mittel besteht (Hämaturie), gegen die reichliche Alkalienzufuhr sich stets bewährt hat.

Besonders empfiehlt sich der prophylaktische Gebrauch vor jedem größeren oder kleineren Eingriff (Cystoskopie, Ureterenkatheterismus). Zu beachten ist, daß das Mittel in großen Dosen bei reichlicher Flüssigkeitszufuhr am besten wirkt.

Schottelius (Hamburg).

36) **G. Goodman** (Neuyork). **Phenolsulphonaphthalein in der funktionellen Nierenprüfung.** (Journ. of the amer. med. assoc. Bd. LXI. Nr. 3. p. 184.)

Die Methode, deren Einzelheiten im Original nachgelesen werden müssen, hat sich Verf. zur funktionellen Prüfung der Niere in den verschiedensten Fällen von Allgemeinerkrankungen wie Organerkrankungen sehr bewährt. Das Präparat wird sterilisiert in Mengen von 0,006 g intramuskulär injiziert, die Ausscheidung geschieht vollkommen, beginnt bei Gesunden in 3—10 Minuten und ist in 50 bis 70% in 2 Stunden beendet. Die Werte werden durch kolorimetrischen Vergleich mit Hilfe eines dem Autenrieth-Königsberger'schem analogen Apparates festgestellt. Durch Eitergehalt des Urins wird die Probe nicht beeinflußt. Durch Ureterenkatheterismus läßt sich die Methode auch zur Feststellung unilateraler Nierenerkrankungen verwenden. Schottelius (Hamburg).

Physikalische Therapie.

37) **J. Kowarschik** (Wien). **Die Diathermie.** 136 S. Berlin, J. Springer, 1913.

Es bestand bisher in der Literatur keine zusammenfassende Darstellung dieses jüngsten Gebietes der physikalischen Therapie, und Verf. verdient den Dank der Ärzte mit dieser klaren, kurzen und doch vollständigen Monographie. Die Physik und die biologischen Wirkungen der Dathermie finden eine erschöpfende Schilderung. Was die therapeutischen Indikationen anbetrifft, so ist noch vieles unklar und strittig, wie es bei den jungen Wissenschaften gar nicht anders erwartet werden darf. Aber ich glaube doch der Diathermie eine gute Zukunft prophezeien zu dürfen. Alle unsere bisherigen Bemühungen, Wärmewirkungen durch äußere Applikationen im Innern zu erzeugen, sind teilweise problematisch und unsicher gewesen; die Diathermie hat die Aufgabe gelöst, es wird die Wärme im Innern der Gewebe erzeugt; die Diathermiewärme ist Joule-

Digitized by Google

sche Wärme, die überall entsteht, wo der elektrische Strom einen Widerstand überwinden muß. Das Gebiet für die gynäkologische Anwendung sind natürlich vor allem die entzündlichen Prozesse im kleinen Becken.

Linzenmeier (Berlin).

38) **Russel. Diathermie und Elektrokoagulation.** (Journ. of adr. ther. 1913. Januar.)

Verf. zeigt unter Benutzung einer Dögen'schen Abbildung, wie verschieden die im Titel angeführten Behandlungsmethoden auf Tumorgewebe einwirken. Das im New York Skin and Cancer Hospital benutzte Instrumentarium wird beschrieben, ebenso die Technik bei oberflächlichen und mäßig tiefliegenden Tumoren. Kontraindiziert ist die Methode in der Nähe des Vagus, großer Gefäße und bei Bauchorganerkrankungen. Lehfeldt (Berlin Südende).

39) **A. Aimes (Montpellier). Die Sonnentherapie in der Gynäkologie.** (Gynécologie 1913. März.)

Es ist notwendig, die Indikationen der Sonnentherapie in der Gynäkologie besser zu studieren. Die schon erhaltenen Erfolge lassen noch Besseres erhoffen. Die lokale und allgemeine Anwendung der Sonne übt einen sehr günstigen Einfluß auf die tuberkulösen Erkrankungen der Genitalien aus; die Sonnentherapie bewirkt die Lösung entzündlicher Exsudate; ihre schmerzstillende Wirkung indiziert ihren Gebrauch in den Fällen schmerzhafter Erkrankungen im Abdomen und Becken. Die dekongestive und blutstillende Wirkung, bisher noch wenig bekannt, sind besser zu studieren. Die Kontraindikationen sind fast gleich Null; sie kann selbst bei Rheumatikern, Herzkranken und Nervösen bei einiger Vorsicht angewandt werden. Die Technik ist einfach. Es ist notwendig, im Anfang vorsichtig zu sein, der Kopf der Kranken muß geschützt werden.

Hohl (Bremerhaven).

40) **Robert Willette (Paris). Die Heißluftbehandlung der Metritis.** (Gynécologie 16. Jahrg. Nr. 10.)

Verf. berichtet über neun Fälle von Metritis, welche mit heißer Luft behandelt wurden. Er ist der Ansicht, daß diese Behandlung bei der Metritis ebenso gute Resultate gibt, wie bei anderen chronischen infektiösen Erkrankungen. Die dicke Cervix verkleinert sich im allgemeinen sehr schnell, der Uterus nimmt an Volumen ab, wird beweglicher, der Ausfluß läßt nach, Ulzerationen vernarben schnell. Mit der Heilung der Ulzerationen verschwinden sehr häufig auch lumbale Schmerzen. Die Pat. hat durch die Behandlung keine Beschwerden.

Hohl (Bremerhaven).

41) **H. Stapfer. Technik der Bewegungstherapie.** Bd. II. Gynäkologie. 207 S. mit 12 Fig. im Text. 4 frcs. Paris, Felix Alcan, 1912.

S. behandelt in diesem Bande, der zu dem von verschiedenen Autoren zusammengestellten, aus 7 Bänden bestehenden »Praktischen Handbuch der Bewegungstherapie« gehört, die Massagen und gymnastischen Heilmittel in der Gynäkologie. Er ist dieser Behandlungsart trotz aller Widersacher seit 20 Jahren treu geblieben und mit den Erfolgen in vollem Maße zufrieden, so daß er der Fakultät die Einübung und Verbreitung dieser Methode nur dringend empfehlen kann.

Nach einer kurzen kritischen Betrachtung über die historische Entwicklung der Thure-Brandt'schen Massage, welcher der Verf. in ihren Grundzügen treu

Digitized by Google

geblieben ist und Betonung der Abhängigkeit der Art und Dauer derselben von den menstruellen Vorgängen geht er auf die zirkulationsbefördernde Wirkung der Massage näher ein, welche durch unmittelbare Beeinflussung der Mesenterial- und Netzgefäße hervorgerufen wird und die verschiedensten, vorwiegend allgemeinen Einflüsse, wie Erzeugung von roten Blutkörperchen, Zerstörung von Mikroben und Toxinen, Regelung der Temperatur zur Folge hat. Dagegen wirkt die Gymnastik in erster Linie mehr lokal, und zwar nicht nur blutstillend, sondern auch kongestiv, denn in 80% der Fälle von chronischen Blutungen wird durch lege artis ausgeführte Abduktionsbewegungen des Oberschenkels eine Verminderung oder sogar ein Stillstand der Blutung hervorgerufen. Die kongestive Wirkung ist nicht so zuverlässig.

Der Hauptteil des Bandes umfaßt die Beschreibung der für Massage oder Gymnastik zugänglichen Erkrankungen, unter denen besonders die Infiltrate und Exsudate besonders berücksichtigt werden, sowie die außerordentlich genaue Schilderung der verschiedenen Anwendungsformen der beiden Methoden, wobei jeder einzelne Handgriff erklärt wird. Es ist jedoch nicht möglich, diese an sich wohl interessanten Einzelheiten bei ihrer Menge auch nur einigermaßen verständlich in Form eines Referates zusammenzufassen, zumal die meisten Erkrankungsarten (selbst Tumoren) mit Massage bzw. Gymnastik zu behandeln sind. Die Gegenanzeigen sind nur verschwindend wenige, und zwar absolute: akute und chronische Peritonitis, maligne Tumoren, in der Entwicklung befindliche Extrauteringravidität, Ansammlung von Eiter in geschlossenen Höhlen; relative: geplatzte Extrauteringravidität, nicht zu entleerende gutartige Tumoren und unheilbare Neurosen.

Mit einer kurzen Kasuistik, einigen Tierversuchen und einem ausführlichen Literaturverzeichnis schließt das Buch, dessen genaueres Studium allen denen, die sich für diese Behandlungsmethode interessieren, eine bis ins einzelne gehende Anleitung gibt.

Grote (Hamburg).

42) **R. Rase** (Bad Lubacovice). **Über Behandlung der Frauenkrankheiten im Bad Lubacovice.** (Casopis ceskych lékaruv 1913. Nr. 27. [Böhmisch.])

Kasuistik von zahlreichen Fällen; Autor behandelte (Trinkkuren, gynäkologische Massage, Skarifikation, Badekuren, lokale Behandlung) 76 Fälle von chronischen Endometritiden, 73 von Retroversio uteri, 23 von Salpingo-Oophoritis, 22 von parametrischen Exsudaten, einige Fälle von Sterilität, Neurasthenie, Habitus enteroptoticus, chronische Obstipation, Fettleibigkeit und 1 Fall von Plegm. alba dolens und kann über sehr gute Erfolge berichten. Die Badbehandlung empfiehlt sich hauptsächlich bei chronischen Leiden.

Jar. Stuchlík (München).

Originalmitteilungen und Referate für das Zentralblatt wolle man an *Prof. Dr. W. Stoeckel* in Kiel, Monographien, Sonderdrucke und Bücher-sendungen an *Prof. Dr. W. Stoeckel* oder an die Verlagshandlung von *Johann Ambrosius Barth*, Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. W. Stoeckel in Kiel.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Digitized by Google

Zentralblatt für Gynäkologie

begründet von HEINRICH FRITSCH

herausgegeben von

WALTER STOECKEL in Kiel.

37. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 40. Sonnabend, den 4. Oktober 1913.

Inhalt.

Originalien: I. N. A. **Mussatow**, Zur Frage über die Behandlung der chronischen gonorrhoischen Salpingo-Oophoritiden durch intrauterine Injektionen von Argentamin. — II. **Liebl**, Beckenhochlagerung bei Reposition des retroflektierten Uterus.

Neue Bücher: 1) v. **Franki-Hochwart**, v. **Noorden**, v. **Strümpell**, Erkrankungen des weiblichen Genitales. Bd. II.

Berichte: 2) 10. Kongreß des Nordischen chirurgischen Vereins in Kopenhagen. **Kaarsberg**, **Forssner**, Genitalprolaps. — **Grönd**, Epidurales Hämatom; Metritis dissecans puerperalis. — **Löfqvist**, Pituitrin. — **Albeck**, Funktion der weiblichen Blase.

Zeitschriften: 3) Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. LXXIII. Hft. 3. **Benthin**, Fieberhafter Abort. — **Thierry**, Elektrische Erregbarkeit bei Schwangeren. — **Suzi**, Lipoide im Uterus. — **Goldstrom**, Streptokokken im Vaginalsekret. — **Loehnberg**, Scheidenkarzinom und Leukoplakie. — v. d. **Hoeven**, Frühzeitiger Blasensprung. — **Kuestner**, Pseudohermaphroditismus. — **Rissmann**, Ventrofixur. — **Webster**, Kalkgehalt des Blutes. — **Montuoro**, Wandermilz. — **Samuels**, Extrachoriale Fruchtentwicklung.

Lues und Gonorrhöe: 4) **Hausmann**, Lues der Bauchorgane. — 5) **Watson**, Ungewöhnliche Fruchtbarkeit bei Lues. — 6) **Uhlenhuth** und **Mulzer**, Infektiosität der Milch syphilitischer Frauen. — 7) **Jampolski**, Initialsklerose an der Caruncula lacrimalis. — 8) **Waeber**, 9) **Polland**, Gonorrhöebehandlung. — 10) **Fridon**, Peritonitis gonorrhoica. — 11) **Klausner**, Gramfarbstoff.

Psychiatrie und Neurologie: 12) **Bossi**, 13) v. **Jauregg**, 14) **Mayer**, 15) **König** u. **Linzenmeier**, 16) u. 17) **Schoekaert**, Gynäkologische Erkrankungen und Psychosen. — 18) **Schrumpf**, Neurasthenie. — 19) **Barr**, Hysterektomie.

Radiologie: 20) **Bumm** und **Voigts**, Karzinombestrahlung. — 21) u. 22) **Pinkuss**, Behandlung mit Mesothorium. — 23) **Exner**, Radium bei malignen Tumoren. — 24) **Klotz**, Strahlen- und Chemotherapie. — 25) **Regaud** und **Nogier**, 26) **Borell**, 27) **Miller**, 28) **Kolde**, Röntgentherapie.

Narkose und Anästhesie: 29) **Hecht** und **Nobel**, Elektrokardiographische Studien über Narkose. — 30) **Straub**, Morphin und Allgemeinnarkose. — 31) **Depree**, Adrenalin bei Chloroformnarkose. — 32) **Prince**, Lachgas-Sauerstoffnarkose. — 33) **Crile**, Anästhesie und Anociassoziation. — 34) **Barton**, Kalipermanganat als Anästhetikum. — 35) **Schlimpert**, Sakralanästhesie.

Transfusion und Infusion: 36) **Dreyer**, 37) **Bowaird**, 38) **Cornell**, 39) **Auerbach**, 40) **Popo**, 41) **Schreiber**, 42) **Bernheim**, Transfusion.

Uteruskarzinom und Allgemeines über Karzinom: 43) **Murphy**, Transplantation von Tumoren. — 44) **Freund** und **Kaminer**, 45) **Rosenberg**, Serodiagnostik. — 46) **Ransohoff**, Anaphylaxie. — 47) **Braunstein**, 48) **De Pace**, 49) **Hess**, 50) v. **Hansemann**, 51) **Siredey** und **Lemaire**, **Le Roy Broun**, 52) **Herzfeld**, 54) **Behle**, Krebsbehandlung. — 55) **Zacherl**, Wandsarkome.

Darm: 56) **Kemp**, Adhäsionen und Darmknickungen. — 57) **Dupont**, Ileus. — 58) **de Quervain**, 59) **Blair**, Appendicitis. — 60) **Huffmann**, Mukokele des Appendix. — 61) **Lane**, Intestinalstase. — 62) **Brown**, Dickdarmausschaltung. — 63) **Recksch**, Hämorrhoiden.

Menstruation: 64) **Chisholm**, Molimina menstrualia. — 65) **Carstens**, Dysmenorrhöe. — 66) **Clough**, Hämophilie.

Digitized by Google

I.

Aus der gynäkologischen Poliklinik des von Tinistère gestifteten städtischen Krankenhauses in Moskau.

Zur Frage über die Behandlung der chronischen gonorrhoischen Salpingo-Oophoritiden durch intrauterine Injektionen von Argentamin.

Von

Dr. N. A. Mussatow.

Angeregt durch die Arbeiten von Prof. Zweifel und seiner Klinik[1] über die Wirkung des 2%igen Argentamins auf die chronische Adnexitis habe ich das Mittel angewandt (intrauterine Injektionen des 2%igen Argentamins).

Von den 17 Fällen, die von mir in der Poliklinik in der Zeit vom 16. XII. 1911 bis 1. IV. 1912 behandelt wurden, waren 5 Pyosalpingen und 12 doppelseitige Salpingo-Oophoritiden. In allen 17 Fällen wurde die Gonorrhöe klinisch und anamnestisch bewiesen.

Die Resultate, die ich bei der Behandlung der Pyosalpingen bekommen habe, sind folgende: Subjektives Wohlsein in allen 5 Fällen, objektives in 3 Fällen. In den Fällen, wo die Menstruation vor der Behandlung normal war, wurde der Blutverlust während der Behandlung viel stärker, hatte sogar manchmal den Charakter einer wirklichen Blutung; dagegen hatte in den Fällen, wo die Menstruation vor der Behandlung schwach war, oder wo die Kranken an Amenorrhöe litten, die intrauterine Injektion von Argentamin absolut keine Wirkung auf die Menstrualblutung. Nach Beendigung der Behandlung kehrte der alte Charakter der Menstrualblutung wieder; Bei allen 5 Kranken war der Koitus nach Beendigung der Kur mit keinen Schmerzen verbunden; auch bemerkten die Kranken die Wiederkehr des Orgasmus; vor der Behandlung war der Koitus bei allen 5 Kranken mit großen Schmerzen verbunden und der Orgasmus fehlte gänzlich.

Die Resultate dieser Behandlung bei chronischen Salpingo-Oophoritiden waren folgende: Subjektives Wohlsein in allen 12 Fällen, objektive Genesung in 11 Fällen; eine Kranke unterbrach die Kur wegen starker Blutung nach der 19. Injektion.

Die Behandlung besteht im Hervorrufen einer aktiven Hyperämie der ganzen inneren Geschlechtssphäre.

Die Erfolge dieser Therapie kann man geradezu ausgezeichnet nennen. In den von Zweifel behandelten Fällen sind die Resultate fast dieselben. Von den 312 Fällen, über die aus seiner Klinik berichtet wurde (Aulhorn), sind 88% ganz schmerzfrei geworden, bei 7 Fällen ist eine bedeutende Besserung eingetreten, und nur bei 8 Fällen wurde gar keine Besserung konstatiert.

Bei der objektiven Untersuchung wurde die vollständige Genesung in 72% der Fälle konstatiert (89 Kranke), eine bedeutende Besserung in 16 Fällen und gar keine Besserung nur in 18 Fällen beobachtet.

Von den 123 Fällen aus der Zweifel'schen Klinik nach der konservativen Behandlung mit Argentamin kamen nur 9 Fälle zur Operation — also 7%. In

---

[1] Zweifel; Die Gefahren und der Nutzen der intrauterinen Injektionen. Arch. f. Gyn. Bd. LXXXVI. Hft. 2. p. 311 u. 312.

Ehrich Aulhorn, Die Behandlung entzündlicher Adnexerkrankungen mit intrauterinen Injektionen. Arch. f. Gyn. Bd. XC. Hft. 2.

Digitized by Google

7 von den 9 Fällen zeigte die Laparotomie zahlreiche starke Verwachsungen, in einem Falle war eine falsche Diagnose gestellt, und in einem anderen waren die Verwachsungen so stark, daß die Adnexexstirpation undurchführbar war.

Daraus folgt, daß wir nur auf 5,5% chirurgischer Hilfeleistungen bei gonorrhoischer Affektion der Adnexe kommen werden, was von großer Wichtigkeit ist, da ja die totale Kastration, vom physiologischen Standpunkte aus, durch ihre Folgen, eine der eingreifendsten Operationen ist. Die einseitige Exstirpation der Adnexe wäre in solchen Fällen ganz zwecklos, da für die gonorrhoische Affektion der Adnexe die Doppelseitigkeit des Prozesses charakteristisch ist.

Vom 2. IV. 1912 bis zum 15. VI. 1913 hatten wir noch 128 Fälle — Salpingo-Oophoritiden und auch Pyosalpingen (also im ganzen 145 Fälle). Alle diese Fälle wurden ambulatorisch mit Argentamin nach Zweifel behandelt; die Behandlung ist noch nicht völlig abgeschlossen, aber die Resultate weichen im allgemeinen von denen der Zweifel'schen Klinik nicht ab. Vielen unserer Kranken wurde in anderen Krankenhäusern vor unserer Behandlung eine radikale Operation vorgeschlagen, und dabei hatten wir keinen einzigen, in dem wir nach konservativer Behandlung mit Argentamin zur Operation zu schreiten gezwungen wurden. Die Tatsache, daß die Zweifel'schen Fälle 5,5% Operation forderten, ist, nach unserer Meinung, dadurch zu erklären, daß die Zweifel'sche Klinik zu sich auch die allerschwersten Fälle herzog, die bei uns gerade fehlten.

Wir hatten unter unseren 145 Fällen auch solche, die nach einseitiger oder doppelseitiger Exstirpation der Adnexe (per laparotomiam) wegen gonorrhoischer Affektion in unsere Poliklinik kamen. Die Kranken klagten über fast ebenso starke Schmerzen, wie vor der Laparotomie. Wir wandten auch in diesen Fällen die Zweifel'sche Methode an, und bekamen eine bedeutende Besserung. Daraus kann man den Schluß ziehen, daß wenn bei der gonorrhoischen Affektion der Adnexe eine dringende Notwendigkeit einer Operation vorliegt, so muß man auch den Uterus mit den Adnexen exstirpieren. Wenn man den Uterus nicht entfernt, so läßt man die Quelle der gonorrhoischen Infektion zurück.

II.

Beckenhochlagerung bei Reposition des retroflektierten Uterus.

Von

Dr. Liebl in Ingolstadt.

Die Reposition des retroflektierten Uterus wird allgemein in Lagerung der Pat. auf einem gewöhnlichen, gynäkologischen Untersuchungstisch vorgenommen.

Zur Reposition in Narkose empfiehlt Küstner (Lehrb. d. Gyn. 5. Aufl., p. 135): »Dazu (d. h. zur Reposition) lege man die Kranke auf einen bequemen Untersuchungsstuhl mit stark kyphotisch flektierter Wirbelsäule, rücke den Steiß an den Rand und lasse die Oberschenkel in äußerster Flexion dem Bauch genähert halten. Nur in solcher, der Steißrückenlage, kann man die Vorteile der Narkose genügend ausnutzen.«

Für die Reposition des schwangeren, retroflektiert-inkarzerierten Uterus empfiehlt Bumm die Knieellenbogenlage.

Mir hat sich nun in einer Anzahl von schwierigen Fällen die Beckenhochlagerung sehr bewährt und wohl die Narkose erspart. Die Pat. wird erst in

Digitized by Google

gewöhnliche Untersuchungslage gebracht und dann wird, im Gegensatz zu der von Küstner empfohlenen Methode, die Platte des Untersuchungstisches am Kopfende soweit gesenkt, bis ziemliche Steillagerung des Beckens erzielt ist, wobei die Beine in den üblichen Beinhaltern ruhen bleiben.

In letzter Zeit habe ich diese Lagerung in zwei Fällen bei Reposition von retroflektiertem, nicht inkarzeriertem, gravidem Uterus (Mens. II u. III), mit promptem Erfolg angewandt; ja im zweiten Falle besorgte die Beckenhochlagerung fast von selbst, selbstredend ohne Schaden für Frau und Schwangerschaft, die Aufrichtung.

Wenn man durch dieses Vorgehen den Pat. die Anwendung des Küstner'schen Zangenzuges an der Portio (von der zumeist verlassenen Sondenaufrichtung zu schweigen), sowie die Reposition in Narkose ersparen kann, dürfte es zweifellos in jedem Fall, in dem die Richtiglagerung nicht leicht gelingt, vor in Anspruchnahme eingreifenderer Maßnahmen in Betracht kommen, die Reposition in Beckenhochlagerung zu versuchen.

Neue Bücher.

1) **L. v. Frankl-Hochwart, C. v. Noorden, A. von Strümpell. Die Erkrankungen des weiblichen Genitales in Beziehung zur inneren Medizin.** II. Bd. Wien u. Leipzig, A. Hölder, 1913.

Der II. Band des groß angelegten Werkes stellt sich dem ersten an Reichhaltigkeit und Gediegenheit ebenbürtig an die Seite. Als Sammel- und Nachschlagewerk wird er vielleicht sogar noch größeren Literaturwert beanspruchen dürfen als jener, weil in ihm gerade solche Beziehungen der Gynäkologie zur inneren Medizin eine absolut erschöpfende Bearbeitung gefunden haben, die bisher entweder gar nicht zusammenfassend behandelt wurden oder sich nur andeutungsweise in den Lehr- und Handbüchern erwähnt fanden. Das gilt gleich von der den Band einleitenden Arbeit von Stolz »über den Einfluß der akuten Infektionskrankheiten auf die weiblichen Geschlechtsorgane«, in der eine Fülle von Kasuistik aus der gesamten Weltliteratur zusammengetragen und in sehr ansprechender Weise kritisch gesichtet ist. Das folgende Kapitel handelt von den »Schwangerschaftstoxikosen« und ist von Neu verfaßt. Die Einteilung der Toxikosen in typisch eklamptische und atypisch aneklamptische scheint mir sehr glücklich gewählt und sehr folgerichtig und klar durchgeführt. Bei der Überschwemmung der Literatur mit Arbeiten über Eklampsie könnte es zunächst fraglich erscheinen, ob eine derartige Besprechung in den Rahmen dieses Handbuches überhaupt hineinpaßt. Wer aber die Neu'sche Monographie liest, wird in ihr eine sehr gediegene, mit guter Kritik und sehr anerkennenswerter Literaturkenntnis geschriebene Arbeit kennen lernen, welche im besten Sinne des Wortes modern genannt werden darf. Besonders der II. Abschnitt über die aneklamptischen Toxikosen ist bei der lebhaften Diskussion über diesen Krankheitsbegriff eine sehr verdienstvolle Leistung, die die vielfach sich ergebenden, neuen Fragestellungen sehr eindrucksvoll beleuchtet. A. Mayer (Tübingen) hat die »Beziehungen der septischen Erkrankungen des weiblichen Genitalapparates zur inneren Medizin« abgehandelt, eine Aufgabe, die deshalb nicht ganz lockend war, weil ja die gynäkologische Literatur bezüglich der Sepsis und des Puerperalfiebers mehr wie gesättigt erscheint. Indessen sind die Beziehungen zur inneren Medizin in der Tat interessant und wichtig genug, um schärfer und gründlicher als bisher betont und zusammengefaßt zu werden. Selbstverständlich

Digitized by Google

mußte dabei vieles, was allgemein bekannt ist, erwähnt werden. Auch konnte natürlich keine spezialistische Sonderbeschreibung der geburtshilflich-gynäkologischen Infektion mit ihren Fernwirkungen gegeben werden, da ja die Sepsis, gleichgültig wo sie entsteht, die gleichen Folgen und Veränderungen zeitigt. Immerhin finden sich doch auch hier sehr zahlreiche Einzelfragen, an die heranzutreten sich verlohnte und deren genauere Beantwortung bisher unterblieben war. Dazu gehören z. B. die sekundäre Entstehung eines septischen Genitalleidens von einem entfernten Körperherde aus; die Funktionsstörungen der Sexualorgane nach septischen Erkrankungen und ihre unmittelbare Einwirkung auf den Gesamtorganismus u. a. m. Von P. Mathes in Graz stammt der Abschnitt über asthenische Enteroptose, ein Gebiet, auf dem sich der Verf. ja durch seine kürzlich erschienene, ganz ausgezeichnete Monographie als besonders kompetent erwiesen hat. Geht er auch vielleicht in der Umgrenzung des Krankheitsbegriffes und in manchen Schlußfolgerungen bezüglich des Zusammenhanges der Asthenie mit gynäkologischen Affektionen etwas weit, so ist der von ihm gewählte Weg doch im höchsten Grade beachtenswert und sein Beitrag gerade an dieser Stelle äußerst wertvoll.

V. Kroph hat die Bearbeitung der »Erkrankungen der Haut und deren Beziehungen zu den Geschlechtsorganen des Weibes« übernommen, ein Gebiet, über das bisher eine zusammenfassende Monographie mit genügendem Literaturnachweis nicht existierte. Sehr interessant und neuartig ist das, was Schottlaender über »die von den Genitalorganen des Weibes ausgehenden metastatischen Geschwülste in den übrigen Körperorganen, sowie über die metastatischen Geschwülste in den weiblichen Geschlechtsorganen« berichtet. Das wertvolle Werk, das der Autor zusammen mit Kermauner über das Karzinommaterial der Klinik Wertheim vor kurzem erscheinen ließ, kennzeichnet ihn ja als besonders erfahrenen Forscher auf diesem Gebiete. Er betont, daß bisher in den Fragestellungen über die malignen Geschwülste gerade die Metastasen zu wenig berücksichtigt wurden, und daß erst ein geringes Tatsachenmaterial über maligne Metastasen vorliegt. Was Schottlaender aus der Literatur und aus eigener Erfahrung zusammengestellt hat, beansprucht nicht nur den Wert eines kritischen Sammelreferates, sondern gibt auch die Berechtigung und den Mut, die zahlreichen vom Autor aufgeworfenen Gedanken weiter zu verfolgen und auf der Basis, die er hier mit außerordentlichem Fleiß und großer Sachkenntnis aufgerichtet hat, in der von ihm gewiesenen Richtung weiter zu bauen.

Den Schluß des voluminösen Bandes bildet das gleichfalls sehr umfangreiche Kapitel: »Weiblicher Geschlechtsapparat und Nervensystem«, bearbeitet von F. Pinelis. Die anatomische und physiologische Einleitung ist kurz, aber außerordentlich belehrend. Die weiteren Ausführungen über die Erkrankungen der peripheren Nerven und Muskeln, die Erkrankungen des Rückenmarks, die Erkrankungen des Hirns und über die Neurosen zeichnen sich durch reichhaltige Kasuistik aus, die, in sehr geschickter Weise und in knappster Form wiedergegeben, die Lektüre sehr genußreich macht.

Was der I. Band versprach, hat der II. Band gehalten. Das ganze Werk zeugt von einer seltenen Arbeitskraft und großen Arbeitslust und ehrt nicht nur die, die es verfaßten, sondern auch den, der es inspirierte, und der leider schon im Grabe liegt, unseren unvergeßlichen v. Rosthorn! Stoeckel (Kiel).

Digitized by Google

Berichte aus gynäkologischen Gesellschaften.

2) 10. Kongress des Nordischen chirurgischen Vereins in Kopenhagen 31. Juli bis 2. August 1913. Gynäkologische Sektion.

Hauptthema: Genitalprolaps mit besonderer Rücksicht auf das Resultat der Behandlung. Referenten: J. Kaarsberg (Kopenhagen) und Hj. Forssner (Stockholm).

Kaarsberg steht ganz auf dem Halban-Tandler'schen Standpunkt. Er betrachtet den Prolaps als einen Bruch durch den Hiatus als Bruchpforte und erblickt demgemäß das wichtigste Moment der Operation in der Schließung der Bruchpforte durch eine Levatornaht, die er nach Bumm als eine Levatorfasciennaht, nicht nach Krönig ausführt. In Übereinstimmung mit Halban-Tandler's Auffassung der Ätiologie macht K. auch eine Antefixation. Als Methode benutzt er Vaginofixation oder Mayo's Verkürzung des Lig. rotundum. Auch Schauta-Wertheim besitzt in K. einen Anhänger. Sein großes Material ist nur auf brieflichem Wege nachuntersucht worden.

Colpor. ant. und Kolpoperineor. 126 Fälle mit 27 Rezidiven = 79% gutes Resultat.

Dieselbe Plastik und Antefixation 27 Fälle mit 1 Rezidiv = 96% gutes Resultat.

Schauta-Wertheim 44 Fälle mit 7 Rezidiven = 84% gutes Resultat.

Auf sein Gesamtmaterial, 262 Fälle, hat er 84% subjektiv gute Resultate.

Forssner ist ein Gegner der Halban-Tandler'schen Bruchtheorie. Die Levatorspalte variiert innerhalb derselben Grenzen bei völlig gesunden Frauen und bei Prolapspatientinnen. Bei den letzteren entfallen keineswegs die meisten und avanciertesten Prolapse auf diejenigen Frauen, die die größte »Bruchpforte« haben, und umgekehrt. Krönig's Einteilung der Prolapse ist daher verfehlt. Eine Vereinigung der Levatoren hat nicht die fundamentale Bedeutung wie ein Schließen der Bruchpforte bei einer Herniotomie, muß aber deshalb ausgeführt werden, weil auf diese Weise ein festeres Septum recto-vaginale gebildet wird. Sie wurde übrigens durch die Perinealsuturen bei jeder Kolpoperineoplastik, die hoch an der Vaginalwand hinaufgeführt wird, ausgeführt, lange bevor Halban-Tandler die Aufmerksamkeit auf diese Sache lenkte. Eine Isolierung der Levatoren nach Krönig betrachtet auch er als unrichtig.

Ein genaueres Studium von 100 in Salin's Klinik im Serafimerlazarett in Stockholm operierten Fällen mit Colpor. ant. und Blasenraffung, Kolpoperineorrhaphie und hoher Cervixamputation ergibt als Resultat: 84% subjektiv völlig Gesunde, 60% anatomisch völlig gute Resultate, 31,5% Vaginalrezidive (auch die geringste Senkung als Rezidiv gerechnet) und 8,5% Utero-Vaginalrezidive. Sowohl unter den guten wie unter den schlechten Resultaten lag der Uterus ebensooft ante- wie retroflektiert. F. zieht hieraus den Schluß, daß, da die Resultate betreffs des Uterus somit durch bloße Vaginalplastik so gut ausfallen, eine Ventrofixation sowohl zwecks Aufhängens wie zwecks Anteflektierens als prinzipiell in allen Fällen auszuführende Operation unnötig ist. Auf eine hohe Cervixamputation, prinzipiell ausgeführt, legt er dagegen großes Gewicht. Technisch besteht die größte Schwierigkeit bei der Cystokele, die am leichtesten rezidiviert. Ein vollständiges Ablösen der Blase, mit Sutur derselben an den Uterus, ist die beste Methode, die aber nicht immer effektiv ist. Die Möglichkeit, eine feste Unterlage zu schaffen, besteht aber der Regel nach nicht; Martin's Figuren sind in der Beziehung Artefakte.

Digitized by Google

In der Diskussion empfahlen Engström-Boije (Helsingfors) und Essen-Möller-Olow (Lund), prinzipiell eine kräftige Ventrofixation (präperitoneal, zum Zwecke des Aufhängens) zu machen. Engström hatte in 75 Fällen 91,7% gute Resultate (7 doch mit Bruch in der Narbe), Essen-Möller in 43 Fällen 77%. Meyer-Gammeltoft (Kopenhagen) warnte vor dieser Operation wegen der Gefahr bei eventuellem Partus, machte aber in letzterer Zeit stets eine Antefixation (nach Doléris oder Alexander-Adams) und hatte dadurch die Rezidive für die letzten 50 Fälle auf 9% heruntergebracht. Fenger Just-Möller (Kopenhagen) vertrat dieselbe Auffassung wie Meyer; er hatte bei dieser Methode auf 124 Fälle 85,5% völlig gute Resultate. Heinricius-Björkenheim (Helsingfors) machten gleichfalls eine intrapertioneale Antefixation (Czerny-Terrier), aber nicht prinzipiell, sondern nur in Fällen von Utero-Vaginalprolaps; sie hatten bei dieser Methode auf 68 Fälle 79,4% völlig gute Resultate. Westermark (Stockholm) führte nie eine Form von Antefixation aus.

Für Halban-Tandler's Bruchtheorie sprach sich nur Brandt (Christiania) aus, Leopold Meyer scharf dagegen. Die Levatornaht wurde von den meisten empfohlen, nicht aber mit Freipräparieren der Levatorränder nach Krönig, was allgemein als verwerflich angesehen wurde, sondern als Levatorfasciennaht. Brandt war der Ansicht, daß ein Herauspräparieren der Levatoren, um eine Naht zu machen, überhaupt nicht berechtigt war. Der Querriß des Levator könnte doch nicht genäht werden, und eine prärektale Levatorplatte zu schaffen wäre anatomisch unrichtig. Schultz (Dänemark) war durch weitläufige Untersuchungen zu dem Ergebnis gekommen, daß Halban-Tandler's Ätiologiehypothese falsch sei. Die Levatoren bilden keine Sagittalspalte, sondern eine runde oder querstehende Öffnung, die von hinten her durch den M. pubo-rectalis verschlossen wird, welchen Schultz Sphincter pelvis nennen möchte. Das Diaphragma urogenitale, der Perinealkeil und die prärektalen Fasern des Levators haben keine Bedeutung für die Ätiologie der Prolapse, auch nicht die Retrodeviation. Der Prolaps beruht auf einem Abreißen des Sphincter pelvis (an den Insertionspunkten). Bei Neugeborenen beruht er auf einer Paralyse, bei Nulliparae auf einer gradweise geschehenden Dilatation des Sphincter pelvis, in derselben Weise wie eine Kolon-invagination den Sphincter ani dilatieren kann. Die Wirkung des Sphincter pelvis wurde an Gipsabgüssen demonstriert.

Westermark wies darauf hin, daß er bereits 1901 (Hygiea p. 555) genau dieselbe Methode angegeben hatte wie Schauta 1903; er empfahl die Methode, nicht aber als Normalmethode, sondern nur bei Fällen von isolierter Cystokele. Brandt empfahl die Methode gerade bei den großen Prolapsen. Unter 57 nachuntersuchten Fällen hatte er 75,4% völlig gute Resultate. Um eine Knickung des Uterus am Os uteri int. zu vermeiden, macht er entweder eine Kollumamputation oder schneidet die straffen Bindegewebezüge durch, die von der Cervix auf die Blase übergehen. Björkenheim und Möller hatten mittels dieser Methode sehr gute Resultate erzielt, und ersterer versprach sich eine allgemeine Besserung der Resultate, wenn die Methode größere Verbreitung erhielte.

Westermark empfahl, neben Cervixamputation und vorderer und hinterer Kolporrhaphie seine Seitenkolporrhaphie in allen mehr vorgeschrittenen Fällen auszuführen. In 145 auf solche Weise operierten Fällen hatte er 7% Rezidive, in 136 Fällen mit gewöhnlicher Vaginalplastik 11%.

Hartmann teilte Meyer's Resultate mit Pessarbehandlung mit. Diese Behandlung kommt in Frage nur bei Pat., die aus diesem oder jenem Grunde nicht operiert werden können oder wollen. Mit einem Pessar, das in Übereinstimmung

Digitized by Google

mit dem Menge's durch einen Zapfen in der Vagina daran gehindert wird, sich auf die Kante zu stellen, erhält man die besten Resultate.

O. Gröné (Malmö) demonstrierte vier Fälle von epiduralem Hämatom im Rückenmarkskanal Neugeborener. In allen Fällen fand sich ein epidurales Koagulum von einigen Millimetern Dicke, das sich vom Foramen magnum bis zu den unteren Rückenwirbeln hin erstreckte. Keine Verletzung an Wirbeln, Ligament, Dura oder größeren Gefäßen. In einem Falle langsame, schwierige Entbindung in Gesichtslage (jedoch spontan), in den übrigen Fällen leichte Spontanentbindungen, 2mal Zwillingsentbindung. Im ersteren Falle totgeborene Frucht; in den übrigen Fällen starb das Kind nach bzw. 7, 3 und 3 Tagen. Möglicherweise kommen derartige Hämatome öfter unter den vielen Fällen vor, die unter der Diagnose Debilitas congenita gehen.

Derselbe: Metritis dissecans puerperalis. Eine 28jährige Ipara, die spontan ohne innere Untersuchung entbunden wurde. Die ganze Zeit über mäßiges Fieber und stinkende Lochien; 45% Hämoglobin. Am 22. Tage wurde der Uterus bei einer Spülung perforiert. Sofortige Laparotomie. Heilung. — Die Uteruswand war nekrotisch mit mäßiger Rundzelleninfiltration; die Gefäße vielfach thrombosiert; keine Decidua; keine Zellen fötalen oder geschwulstartigen Charakters.

Regnel Löfqvist (Helsingfors): Das Pituitrin in der Geburtshilfe. In der geburtshilflichen Klinik in Stockholm hat L. eine Reihe Versuche mit Pituitrin angestellt, die ihn zu einer von der gewöhnlichen ziemlich abweichenden Auffassung von der Wirkung und dem praktischen Wert dieses Präparates geführt haben.

Zuerst wurde eine Reihe am Ende der Schwangerschaft stehender Pat. untersucht. In allen Fällen wurden Uteruskontraktionen hervorgerufen, die physiologischen Wehen sehr ähnelten, sich aber von solchen dadurch unterschieden, daß die Muskulatur zwischen den Kontraktionen nicht vollständig erschlaffte, sondern bis zu einem gewissen Grade sich in einem Zustande dauernder Kontraktion befand. In keinem Falle kam die Geburtsarbeit in Gang.

Bei Frauen mit schon angefangener Geburtsarbeit versagt das Pituitrin bisweilen ganz. Gewöhnlich tritt indessen eine deutliche Wirkung hervor, bestehend aus rascher aufeinander folgenden und schmerzhafteren Kontraktionen, die nach ca. 15 Minuten einen deutlich tetanischen Charakter annehmen mit Perioden von 5—10—15 Minuten, während welcher der Uterus niemals vollständig erschlafft. Nach ca. 30 Minuten verschwindet diese Tetanie, und nach 1—1½ Stunden ist keine Pituitrinwirkung mehr zu verspüren. Je mehr ermüdet der Uterus ist, um so weniger deutlich ist überhaupt die Pituitrinwirkung.

Das Pituitrin ruft demnach keine physiologischen Wehen hervor, sondern Uteruskontraktionen tetanischer Natur. Hieraus erklären sich die Eigentümlichkeiten bei den klinischen Wirkungen. So lange das untere Segment dabei ist, sich zu erweitern, können eine Serie tetanischer Zusammenziehungen nicht gut von Nutzen sein; es läßt sich auch keine raschere Öffnung des Muttermundes nach Gebrauch von Pituitrin konstatieren. Haben sich dagegen die Weichteile vollständig geöffnet und steht der Kopf auf dem Boden des Beckens, d. h. ist der Widerstand gering, so kann der erhöhte intrauterine Druck, der sich natürlich als Folge der tetanischen Zusammenziehungen ergibt, genügen, um den Kopf herauszutreiben. Hieraus erklärt es sich ungesucht, weshalb das Pituitrin im allgemeinen erst dann wirkt, wenn die Geburtsarbeit weit vorgeschritten ist, und weshalb die Wirkung besser bei Mehrgebärenden als bei Erstgebärenden ist.

Der intrauterine Druck ist von L. auch direkt mittels eines intrauterinen

Digitized by Google

Ballons gemessen und kymographisch registriert worden, wobei der tetanische Charakter der Kontraktionen konstatiert worden ist. Das Präparat war von Park Davis & Co. bezogen worden. Die Dosen betrugen 0,8 bis 1,2 ccm.

V. Albeck (Dänemark): Untersuchungen über die Funktion der weiblichen Blase. A. hat 250 Frauen mit verschiedenen gynäkologischen Krankheiten untersucht. 130mal fand er Residualurin, 12mal mit Pyurie, 52mal mit Bakteriurie und 10mal mit Bakterien im Urin. Unter den 120 Fällen ohne Residualurin fand er 16mal Bakterien im Urin. Die Bedeutung des Residualurins für die Urininfektion ist also einleuchtend.

Die Ursache der mangelhaften Funktion ist nach A. nicht in Hindernissen des Urinablaufs zu suchen, sondern in einer Dislokation der Blase bei Tumoren oder Prolapsen, in Adhärenzen nach Peritonitis, in einer Erschlaffung der Blasenwand in senio oder post operationem oder schließlich in einer Hyperdistension der Blase in puerperio.

Zeitschriften.

3) Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. LXXIII. Hft. 3.

1) W. Benthin (Königsberg i. Pr.). Zur Behandlung des fieberhaften Aborts.

B. bringt zunächst auf Grund von 200 Fällen reichhaltiges neues Material aus der Königsberger Frauenklinik zur Frage der Behandlung des fieberhaften Aborts im Sinne der von Winter aufgestellten Grundsätze. Sodann gibt er eine Übersicht über die bisher in der Literatur veröffentlichten, dieses Thema behandelnden Arbeiten, beleuchtet im einzelnen alle wesentlichen Angaben kritisch und gelangt zu dem begründeten Schlußurteil, daß die zahlreichen, gegen die Winter'sche Lehre vorgebrachten Einwände als nicht stichhaltig anzusehen sind. Auch ist daran festzuhalten, daß die Anwesenheit hämolytischer Streptokokken die Prognose der fieberhaften Aborte tatsächlich verschlechtert, so daß diese Aborte von den durch ahämolytische Streptokokken infizierten grundsätzlich zu trennen sind.

Wenn auch alle febrilen Aborte am besten möglichst exspektativ zu behandeln sind, so ist weitgehender Konservativismus in erster Linie angezeigt bei den mit hämolytischen Streptokokken infizierten Fällen. Von B.'s konservativ behandelten Kranken waren 77% bereits am 2. Tage nach der Aufnahme fieberfrei; der Abort trat in $^2/_3$ der Fälle spontan ein, nur in Ausnahmefällen brauchte später ausgeräumt zu werden. Die Prognose des operativen Eingriffes ist dann jedenfalls erheblich besser, weil der Uterus sich inzwischen infolge der therapeutischen Maßnahmen besser zurückgebildet, und der Schutzwall gegenüber den infektiösen Keimen sich verstärkt hat.

Die exspektative Behandlung besteht in absoluter Ruhelage, dem Fernhalten aller äußeren Schädlichkeiten, der Verabfolgung von Sekalepräparaten, die blutstillend wirken und den dauernden Übertritt von Keimen in das Blut möglichst verhindern sollen, der Applikation einer Eisblase auf den Leib und der Aufstellung eines diätetischen Regimes. Zwingen starke Blutungen zu einem sofortigen Eingriff, so ist möglichst schonend vorzugehen und die Anwendung einer Curette auf jeden Fall zu vermeiden.

2) Hedwig Thierry (Erlangen). Untersuchungen über die elektrische Erregbarkeit bei Schwangeren.

T. hat im Laufe $^1/_4$ Jahres an 110 Frauen der Erlanger Frauenklinik eine Prüfung der elektrischen (galvanischen) Erregbarkeit vorgenommen. Diese

Digitized by Google

110 Frauen setzten sich zusammen aus 70 Schwangeren, von denen 65 dem 9. und 10. Schwangerschaftsmonate, 5 früheren Schwangerschaftsmonaten angehörten, und 40 nicht graviden Frauen, die zum Teil ganz gesund, zum Teil leicht erkrankt waren. Folgende Ergebnisse wurden festgestellt:

Bei der elektrischen Untersuchung von 70 schwangeren Frauen aus dem 9. und 10. Schwangerschaftsmonate wurde in 80% eine Steigerung der elektrischen Erregbarkeit nachgewiesen. Diese Steigerung nahm kurz vor der Geburt noch weiter zu bis zu Werten, die in 69% der Fälle noch innerhalb der Stintzing'schen Grundwerte lagen, in 11% der Fälle aber eine Höhe erreichten, wie sie nur bei der Tetanie beobachtet wird.

Auch Frauen, deren Nervenerregbarkeit während der Gravidität nicht zugenommen hatte, ließen intra partum eine Steigerung erkennen.

Im Wochenbett schwand die Steigerung der Erregbarkeit mehr und mehr, um allmählich ganz zu verklingen.

3) K. Suzi (Japan). Über die Lipoide im menschlichen Uterus.

S. hat im ganzen 104 Uteri auf den Gehalt an lipoiden Substanzen untersucht. Von diesen waren 91 bei der Sektion der Leiche entnommen und 13 myomatöse Organe durch Operation von Kleinhans gewonnen worden. Das Leichenmaterial entstammte den verschiedensten Lebensaltern, angefangen bei totgeborenen Kindern bis zu Leichen von 79jährigen Frauen.

Isotrope Lipoide sind im Uterus jeden Lebensalters nachweisbar, sowohl in der Mucosa, als auch in der Muscularis. Im Epithel ist die Menge der Lipoide ungleich. In der Mucosa und vor allem in der Muscularis finden sich vor der Pubertät im allgemeinen wenig Lipoide, ihre Zahl nimmt mehr oder weniger zu zur Zeit der Geschlechtsreife und wächst stets im Alter der Rückbildung. Im schwangeren Uterus findet eine Vermehrung der Menge der Lipoide nicht statt. In Uterusmyomen ist die Menge der Lipoide eine wechselnde, im allgemeinen aber geringer als in der Uteruswand, besonders bei kleinen, jungen Myomen.

Diese Lipoide, die chemisch anscheinend nicht als reine Körper anzusehen sind, und sich mit zunehmendem Alter mit albuminoiden Substanzen kombinieren, sind wahrscheinlich als Ausdruck der gesunkenen Zellfunktion anzusehen.

Im entzündlich veränderten, puerperalen Uterus finden sich reichlicher Lipoide. Lipoides Pigment ist im Uterus anscheinend nicht nachweisbar.

4) Margarete Goldstrom (Frankfurt a. M.). Über die prognostische Bedeutung des Nachweises von Streptokokken im Vaginalsekret Kreißender.

Verf. hat vom 1. April 1911 bis 1. April 1912 systematische Untersuchungen des Vaginalsekretes auf das Vorhandensein von Streptokokken bei allen am Ende der Schwangerschaft kreißend in die Frankfurter Klinik eingetretenen Pat. vorgenommen. Ausgeschaltet wurden alle diejenigen Frauen, die an einer komplizierenden Allgemeinerkrankung litten oder Zeichen einer vorhergegangenen Infektion darboten. Von den 902 nach dieser Auswahl in Betracht kommenden Frauen beherbergte das Vaginalsekret keine Streptokokken 514mal, anhämolytische Streptokokken 369mal und hämolytische Streptokokken 19mal. Was den Geburtsverlauf betrifft, so handelte es sich 797mal um spontane Geburten bei normalem Becken, 42mal um spontane Geburten bei engem Becken, 40mal um Steißlagen mit Manualhilfe und 23mal um operativ durch die Scheide beendete Geburten. Bei jeder dieser vier Gruppen von Kreißenden wurde die Bedeutung des Vorhandenseins oder Fehlens von Streptokokken im Vaginalsekret für den Verlauf des Puerperiums untersucht. Es ergab sich, daß die Prognose des Wochen-

Digitized by Google

bettes bei nicht fiebernd in die Klinik eintretenden Kreißenden bei ausschließlich rektaler Untersuchung durchaus unabhängig ist von der Anwesenheit oder Nichtanwesenheit von Streptokokken im Sekret des unteren Drittels der Vagina ante partum.

5) Ernst Loehnberg (Bonn). Ein Fall von primärem Scheidenkarzinom und Leukoplakie.

Bei einer 55jährigen Pluripara wurde in der vorderen, unteren Scheidenwand eine fünfmarkstückgroße, runde, zum Teil mit Exkreszenzen bedeckte, bei Berührung blutende Stelle festgestellt, deren histologische Untersuchung die Diagnose Plattenepithelkarzinom ergab. Exstirpation von Scheide und Uterus durch v. Franqué, glatte Heilung, Rezidivfreiheit nachgewiesen durch Nachuntersuchung $2^1/_4$ Jahre nach der Operation. Die histologische Untersuchung des erhaltenen Präparates zeigte ein ganz umschriebenes, zum Teil papillär wucherndes Plattenepithelkarzinom der Scheidenwand. Schon makroskopisch erkennbare, über die ganze Vaginalschleimhaut ausgedehnte, weißlich glänzende Schleimhautveränderungen, die besonders stark am oberen und unteren Rande des Karzinoms ausgebildet waren, ergaben das typische Bild der Leukoplakie. Wenn auch in diesem Falle ein direkter Übergang von den leukoplakischen zu den karzinomatösen Veränderungen der Schleimhaut nicht nachzuweisen war, so legt doch die Lokalisation der Schleimhautveränderungen dicht neben dem nachgewiesenen Karzinom die Annahme nahe, daß das Karzinom auf leukoplakischer Grundlage zur Entwicklung gelangt ist. Der Fall lehrt, daß selbst bei ganz umschriebener karzinomatöser Scheidenerkrankung die Entfernung der ganzen Scheide indiziert ist.

6) P. C. T. v. d. Hoeven (Leiden). Über die Bedeutung des frühzeitigen Blasensprunges für Geburt und Wochenbett.

Antwort auf die Arbeit von Richard Basset, Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. LXXIII. Hft. 2.

7) Otto Kuestner (Breslau). Pseudohermaphroditismus femininus externus.

Bei dem 37jährigen Vertreter von Pseudohermaphroditismus femininus externus waren männlich der Knochenbau, der Gesichtsausdruck, die Behaarung und die Brüste, daneben fand sich eine 5 cm lange, penisartige, unperforierte Klitoris, eine unentwickelte, nach oben zu stenotische Vagina und ein auf Mannskopfgröße myomatös entarteter Uterus. Abtragung des Tumors durch supravaginale Amputation, Genesung. Die histologische Untersuchung des Präparates zeigte normale Eileiter und ausgebildete Ovarien, an denen die geringe Zahl der Primärfollikel und das Fehlen von Corpora lutea neben deutlich unterscheidbaren Corpora albicantia auffiel.

8) P. Rissmann (Osnabrück). Über 100 Ventrifixuren der Ligg. rotunda nach eigener Methode und über 100 Operationen nach Alexander-Adams mit prinzipieller Versenkung von Seidenfäden ohne Rezidiv.

Der wesentliche Inhalt der kurzen Arbeit ist in dem obigen Titel enthalten.

9) T. A. Webster (Liverpool). Die Bestimmung des Kalkgehaltes des Blutes nach W. Blair Bell's Methode. Erwiderung auf eine Kritik.

Die Kritik findet sich in dem Aufsatze von Dr. Lamers, Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. LXXI. Kurze Polemik.

10) Fortunato Montuoro (Palermo). Die Wandermilz in ihren Beziehungen zu Geburtshilfe und Gynäkologie.

Die Wandermilz ist als spezifische Frauenkrankheit anzusehen, da sie beim

Digitized by Google

Manne nur äußerst selten beobachtet wird. Ihre Entstehung ist nicht allein auf kongenitale Anomalien der Gefäße und Bandapparate der Milz oder auf eine größere Disposition des weiblichen Körpers für Entwicklung von Krankheiten oder auf Korsettschädigungen oder endlich auf Störungen in den statischen Verhältnissen des Abdomens infolge von Gravidität und Puerperium zurückzuführen. Wenn auch alle diese Momente eine unterstützende Rolle spielen können, so werden wir doch erst dann die eigentliche Ursache der Entwicklung einer Wandermilz kennen lernen, wenn die sicher vorhandenen, aber bisher unklaren Beziehungen zwischen Milzfunktionen und Menstruation erforscht sein werden.

Die durch eine Wandermilz hervorgerufenen Störungen sind recht erheblich, sobald das verlagerte Organ mit den Geschlechtsorganen in Kontakt tritt und Verwachsungen eingeht. Bildet sich eine Stieldrehung der Wandermilz aus, so kann eine tödliche Peritonitis die Folge sein. Bei eintretender Schwangerschaft kann die Wandermilz zwischen Gebärmutter und Becken eingeklemmt oder in das kleine Becken herabgedrängt werden, auch wird durch sie die Ausbildung einer Stieldrehung begünstigt. Die Splenektomie in der Gravidität ist als eine prognostisch sehr günstige Operation anzusehen. Zwecks richtiger Diagnosenstellung hat man bei allen Tumoren des genitalen Gebietes auch an das Vorkommen einer Wandermilz zu denken.

11) Jules Samuels (Amsterdam). Über extrachoriale Fruchtentwicklung im Anschluß an drei Fälle.

Die an sich selten beobachtete extrachoriale Fruchtentwicklung stellt ein Krankheitsbild dar, bei dem die nicht von Fruchtwasser umgebene Frucht sich außerhalb der Eihäute in der mit Parietalis bekleideten Uterushöhle entwickelt. Dieser Prozeß unterscheidet sich von der extraamnialen Fruchtentwicklung nur durch die Phase der Schwangerschaft, in welcher die Ruptur stattfand. Während nämlich bei der extraamnialen Fruchtentwicklung die Störung zu einer Zeit erfolgt, in welcher Chorion und Amnion noch nicht aneinander liegen, d. h. vor Beginn des 3. Schwangerschaftsmonats, tritt bei der extrachorialen Fruchtentwicklung die Störung ein, bevor Parietalis und Capsularis verwachsen sind, wahrscheinlich jedoch nach Verklebung des Chorions und Amnions, d. h. in dem 3. und 4. Monate der Gravidität. Die Ruptur in den späteren Monaten bei ungestörter intramembranöser Fruchtentwicklung findet nach der Verwachsung von Capsularis und Parietalis statt, d. h. in und nach dem 5. Monate. Die sog. Hydrorrhoea gravidarum seu decidualis ist wahrscheinlich auf eine in den späteren Schwangerschaftsmonaten entstandene Ruptur der Eihäute zurückzuführen, die oft hoch über dem Ostium intern. ihren Sitz hat; sie ist als »Hydrorrhöe mit ungestörter intramembranöser Fruchtentwicklung« zu bezeichnen. Die Endometritis decidualis, die bisher in der Ätiologie der extrachorialen Fruchtentwicklung, der Placenta marginata und der sog. Hydrorrhoea gravidar. eine Rolle spielte, muß auf Grund der vorliegenden Arbeit als ätiologischer Faktor abgelehnt werden. Die Entstehung der Placenta marginata ist in den Fällen von normaler intramembranöser und bei extrachorialer Fruchtentwicklung auf Störungen in der physiologischen Einpflanzung des Eies, eventuell der Placenta zurückzuführen.

Scheunemann (Stettin).

Digitized by Google

Lues und Gonorrhöe.

4) **Th. Hausmann** (Rostock). **Die luetischen Erkrankungen der Bauchorgane.** (Samml. zwangl. Abhandlungen a. d. Gebiete d. Verdauungs- u. Stoffwechselkrankh. Bd. IV. Hft. 5. Halle a. S., Marhold, 1913.)

Die monographische Darstellung umfaßt ein bisher stark vernachlässigtes, klinisch aber besonders wichtiges Gebiet.

Es werden die luetischen Erkrankungen des Magen-Darmkanals, der Leber, Pankreas und Milz, des Peritoneums und Retroperitonealraumes in pathologisch-anatomischer und klinischer Hinsicht eingehend besprochen. Die Syphilis des Harntraktes und der weiblichen Beckenorgane findet hier keine Berücksichtigung.

Den Gynäkologen wird neben den Kapiteln über die Peritoneal- und Mastdarmlues, welch' letztere, wegen der engen venösen und lymphatischen Beziehungen zwischen weiblichen Genitalien und Mastdarm, fast ausschließlich bei Frauen beobachtet wird, die Darstellung der gar nicht so seltenen, besonders differentialdiagnostisch wichtigen retroperitonealen und mesenterialen luetischen Tumoren interessieren. Genaues Literaturverzeichnis. B. Ottow (Dorpat).

5) **H. Ferguson Watson** (Glasgow). **Ungewöhnliche Fruchtbarkeit luetischer Eltern verbunden mit abnormer Entwicklung der Kinder.** (Brit. med. journ. 1913. April 16.)

Von Interesse sind bei der Geschichte dieser Familie verschiedene Punkte. Beide Eltern leugnen, je eine luetische Infektion überstanden zu haben. Trotzdem finden sich allgemeine Drüsenschwellungen und positiver Wassermann. Innerhalb von 22 Monaten wurden 6 Kinder geboren, und zwar 3mal Zwillinge, die ersten im 7. Monat, die beiden nächsten Paare im 8. Monat der Gravidität. Alle Kinder zeigen positiven Wassermann. Die ältesten erscheinen äußerlich gesund und hatten bei der Geburt annähernd die Zeichen der Reife. Die nächsten zwei haben luetische Zeichen, die letzten ebenso, aber in noch viel stärkerem Maße; alle vier waren, obgleich länger getragen, bei der Geburt viel schwächer als die ersten zwei. Aborte hat die Mutter nicht durchgemacht.

Sieber (Grunewald-Schmargendorf).

6) **Uhlenhuth und Mulzer** (Straßburg). **Über die Infektiosität von Milch syphilitischer Frauen.** (Deutsche med. Wochenschrift 1913. Nr. 19. p. 879.)

Verf. gelang es in zwei Fällen, bei Kaninchen typische, spirochätenhaltige Hodensyphilome zu erzeugen durch Injektion von Milch syphilitischer Frauen (je 2 ccm in einen Hoden). Das eine Mal stammte die Milch von der symptomlosen Mutter eines manifest luetischen Kindes. Im zweiten Falle wurde die Milch einer frisch infizierten, allgemein-syphilitischen Frau mit manifesten Symptomen verimpft. Die Inkubationszeit betrug bei dem ersten Kaninchen 109 Tage, beim zweiten dagegen nur etwa 57 Tage. Es kann also nach Ansicht der Verff. die Milch nicht nur manifest, sondern auch latent syphilitischer Mütter unter Umständen infektiös sein. Behne (Kiel).

7) **Fanny Jampolsky** (Wien). **Initialsklerose an der Caruncula lacrimalis.** (Wiener klin. Wochenschrift 1913. Nr. 17.)

Dieser Fall von extragenitaler Luesinfektion hat insofern für den Geburtshelfer Interesse, als er sich bei der Leitung einer Geburt ereignete und zur Vorsicht mahnt. Bei der Entbindung war der Hebamme etwas Fruchtwasser ins linke Auge gespritzt; 4 Wochen später verspürte sie ein starkes Jucken des linken Auges, 1 Woche darauf entwickelte sich ein kleines Geschwür am Augenwinkel mit reich-

Digitized by Google

licher eitriger Sekretion, Schwellung der Umgebung und der Drüsen vor dem Ohre. Die bakteriologische Untersuchung ergab Spirochaeta pallida. Heilung durch Salvarsan. Die nachträgliche Untersuchung der Entbundenen ergab das Bestehen einer rezenten Lues. Linzenmeier (Berlin).

8) **P. Waeber. Zur Frage der Serumbehandlung der weiblichen Gonorrhöe.** (Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1913. Nr. 25.)

Verf. bringt sechs Fälle, bei denen mikroskopisch sicher Gonokokken nachgewiesen waren, und die er mit Gonokokkenserum, hergestellt vom schweizerischen Serum- und Impfinstitut in Bern, behandelte. Dabei wurden keine Lokalerscheinungen und nur sehr geringe Herdsymptome beobachtet, dagegen einmal ein ausgesprochenes Serumexanthem schwerer Art, ferner heftige Gliederschmerzen, besonders im Knie und Ellbogen, die jedoch nicht zum Aussetzen der Therapie zwangen. In einem ganz frisch infizierten Falle mit gesunden Adnexen wurde nach 5 Wochen Heilung erzielt, die der Verf. ebensosehr der Bettruhe und Wärmeapplikation, wie der Serumbehandlung zuschreibt. In allen anderen Fällen gab die Thermotherapie subjektiv wie objektiv bessere Resultate. Ein Fall mußte schließlich operativ behandelt werden. Da das Serum allein kein Heilmittel der Gonorrhöe darstellt, und da die Behandlungszeit bei Kombination von Serumtherapie mit der alten Ruhe- und Thermotherapie keine Verkürzung zeigt, so rät Verf. nach den Erfahrungen bei seinen sechs Fällen von der Serumbehandlung der Gonorrhöe ab. F. König (Bern).

9) **Polland (Graz). Die Behandlung gonorrhoischer Prozesse mit Tanargentanstäbchen.** (Deutsche med. Wochenschrift 1913. Nr. 14.)

Die Tanargentanstäbchen enthalten eine an Tannin gekuppelte Silbereiweißverbindung und zeichnen sich aus durch geringen Gehalt an Fett. Sie verbinden eine geeignete Konsistenz mit entsprechender Löslichkeit und wirken gleichzeitig bakterizid und adstringierend.

Verf. empfiehlt die Stäbchen auch bei der Gonorrhöe der Frauen. Sie können leicht von den Pat. selbst in die Urethra eingeführt werden.

Cervixtanargentanstäbchen eignen sich wegen ihrer festen Konsistenz und Elastizität besonders zur Behandlung der Cervixgonorrhöe.

Auch bei der Vaginalblennorrhöe kleiner Mädchen hat Verf. die Stäbchen mit Erfolg verwandt. Es wird dadurch eine längere Einwirkung des Mittels auf die erkrankte Schleimhaut ermöglicht. Behne (Kiel).

10) **P. Fridon (Berck). Häufigkeit gonorrhoischer Peritonitis bei der Vulvovaginitis des kleinen Mädchen.** (Gynécologie 1913. März.)

Unter 20—25 Fällen von Vulvovaginitis gonorrhoica wurden 6 Peritonitiden beobachtet, was einen beträchtlichen Prozentsatz ausmacht. Der Anfang einer gonorrhoischen Peritonitis ist gewöhnlich sehr heftig, in wenigen Stunden markierter als man es sonst sieht. Die Temperatur übersteigt 39% nicht. Die Erscheinungen halten nicht lange an und gehen nach ca. 3 Tagen zurück. Die Peritonitis gonorrhoica nach Vulvovaginitis ist also häufiger als man denkt, und man sollte bei peritonitischen Erscheinungen bei kleinen Mädchen daran denken. Entzündliche Residuen bleiben meist nicht zurück. Hohl (Bremerhaven).

11) **E. Klausner. Über einen haltbaren Gramfarbstoff für Gonokokken, Pilz- und Spirochätenfärbung.** (Berliner klin. Wochenschrift 1913. Nr. 7.)

Eine geringe Modifikation des Gramfarbstoffes, die sich hauptsächlich auf das Verhältnis zwischen Anilinwasser und alkoholischer Gentianaviolettlösung bezieht, ist imstande, den sonst in wenigen Wochen unbrauchbaren Gramfarbstoff

Digitized by Google

viele Monate lang haltbar zu gestalten. Der Farbstoff eignet sich auch sehr gut zur Schnellfärbung der Spirochaete pallida. Er ist unter dem Namen »Haltbarer Gramfarbstoff« von der Firma Dr. Grübler zu beziehen. H. Fuchs (Danzig).

Psychiatrie und Neurologie.

12) **Bossi** (Genua). **Meine Ansichten über die reflektorischen Psychopathien und die Notwendigkeit der Verbesserung des Irrenwesens.** (Wiener klin. Wochenschrift 1912. Nr. 47.)

13) **v. Jauregg** (Wien). **Bemerkungen zu dem voranstehenden Aufsatze des Herrn Bossi.** Ibid.

B. wiederholt seine bekannten Ansichten über die gynäkologische Behandlung psychischer Erkrankungen. Das Neue in dieser Mitteilung ist ein sehr heftiger Angriff auf die heutige Psychiatrie und angebliche Mißstände des Irrenwesens. B. glaubt mit der Durchführung seiner Behandlungsweise die überfüllten Irrenanstalten entvölkern zu können.

In sehr vornehmer und ruhiger Weise wehrt v. J. die Angriffe gegen die Psychiatrie ab. Er erklärt Bossi's Darstellung für sachlich unrichtig und im Tone ungehörig. Er nimmt an, daß der gereizte Ton in Bossi's Aufsatze seine Ursache in lokalen Konflikten habe, in denen offenbar Psychiater als Gegner eine große Rolle spielen. Bossi hätte sich aber die Frage vorlegen sollen, ob es zweckmäßig war, den Kampfplatz ins Ausland zu verlegen, denn nach internationalem Rechte werden Kämpfende, welche die Grenzen der Neutralen überschreiten, entwaffnet. Linzenmeier (Berlin).

14) **A. Mayer** (Tübingen). **Die Lehre Bossi's und die Gynäkologie.** (Wiener klin. Wochenschriftt 1913. Nr. 13.)

Kritik und Zurückweisung der Bossi'schen Ansichten und Vorschläge. Linzenmeier (Berlin).

15) **König** und **Linzenmeier** (Kiel). **Über die Bedeutung gynäkologischer Erkrankungen und den Wert ihrer Heilung bei Psychosen.** (Archiv für Psychiatrie Bd. LI. p. 1002. 1913.)

Die Veranlassung zu vorliegender Arbeit gaben vor allem die zahlreichen Veröffentlichungen des Genueser Gynäkologen Bossi über Heilung psychisch kranker Frauen durch gynäkologische Kuren und Operationen, die zuletzt eine zusammenfassende Darstellung erfuhren in der bekannten Broschüre Bossi's »Die gynäkologische Prophylaxe bei Wahnsinn«. Es haben zwar die Ansichten und Vorschläge Bossi's schon mehrfach von Psychiatern und Gynäkologen eine entschiedene Absage erfahren. Da man sich aber bisher nur auf bekannte klinische Erfahrungen und theoretische Erörterungen beschränkte, schien es aus diesem Grunde und besonders deswegen, da Bossi in seinen Bestrebungen bereits Nachfolger fand, notwendig, sich nicht nur auf einen einfachen negativistischen Standpunkt zu stellen, sondern durch eigene Nachprüfungen sich ein Urteil zu bilden über die in Rede stehende Frage. Zu diesem Behufe stand uns das reiche Material an weiblichen Irren der Kieler Nervenklinik zur Verfügung.

Die wunderbaren Heilerfolge Bossi's und seiner Schüler Ortenau und Rückert erforderten vor allem eine kritische Analyse der geheilten Psychosen. Es ergab sich, daß von den 40 mitgeteilten Fällen nur 5 einer psychiatrischen Kritik genügten; bei ihnen konnte es sich mit Wahrscheinlichkeit um eine echte Psychose handeln, die übrigen waren mehr oder minder schwere Psychoneurosen. Dementsprechend war bei diesen letzteren zweifellos ein therapeutischer Erfolg

Digitized by Google

zu sehen; die Heilung trat schon nach 10 Tagen bis höchstens 4 Wochen ein — bei Rückert sogar schon am nächsten Tage, dagegen war bei den echten Psychosen beim besten Willen kein Effekt von der Operation zu erkennen. Die Genesung trat in diesen Fällen erst nach längerem Zeitraume von 2—3 Monaten auf, in einer Frist, in der wahrscheinlich die Psychosen auch ohne jeden Eingriff abgelaufen wären.

Bei der Bearbeitung unseres Materiales gingen wir so vor, daß wir in einem bestimmten Zeitraume alle in die Klinik aufgenommenen Frauen nach abgeschlossener psychiatrischer Diagnose gynäkologisch untersuchten, und wenn es nötig erschien, auch behandelten. Wir sammelten so 178 Fälle aller möglichen Formen von psychischen Erkrankungen, die ich im einzelnen nicht aufzählen will. Die gynäkologische Untersuchung ergab 106mal normalen Befund, 8mal Vorliegen einer Gravidität und 64mal das Bestehen einer genitalen Erkrankung. Die Genitalerkrankungen verteilten sich wahllos auf die verschiedenen Formen der Psychosen. Die gynäkologische Untersuchung selbst machte zu unserer eigenen Überraschung wenig Schwierigkeiten, nur in 8 Fällen mußte Narkose zu Hilfe genommen werden, teils wegen Widerstrebens der Kranken, teils wegen zu starker Muskelspannung. Die pathologischen Befunde waren folgende: 1 Myom, 5 Retroflex. uteri fixat., 2mal mit gonorrhoischen Adnextumoren kombiniert, 33 mobile Retroflexionen, 12mal bestand Fluor, darunter 2 Fälle von subakuter Gonorrhöe, sonst durch Ektropium, Erosionen und nicht spezifische Cervixkatarrhe bedingt, 2mal subakute Adnexschwellungen, 5 alte Dammrisse und Descensus der Vaginalwände, 2mal Infantilismus, 2mal spitzwinklige Anteflexion mit Stenose des Muttermundes. Die übrigen Diagnosen verteilen sich auf Erosionen, Ovula Nabothi. Menstruationsanomalien fanden wir 16mal bei genitalen Erkrankungen, 20mal ohne genitale Affektionen. Von den 64 Frauen mit Genitalleiden wurden 37 gynäkologisch behandelt, 21 wurden operiert, die übrigen konservativ behandelt. Der Abstrich der nicht Behandelten erklärt sich zum größten Teil damit, daß die Kranken selbst oder die Angehörigen die Operation verweigerten; einen kleinen Teil schieden wir selbst aus, da wegen der Art der Psychose oder wegen der Genitalaffektion eine Behandlung a priori aussichtslos erschien.

In keinem der behandelten Fälle bestand eine dringende gynäkologische Indikation zu einem Eingriff, gleichwohl haben wir vieles operiert im Interesse der Nachprüfung der Bossi'schen Forderung. Unsere Eingriffe waren die bei uns üblichen, sie bestanden in abdominaler Totalexstirpation, Abtragung von Adnexen und ventraler Fixation, Alexander-Adams'scher Operation, Interposition nach Schauta-Wertheim, Kolpoperineoplastik, Curettage, Stichelung, Formalinätzung, Cervixplastik; Anwendung von Retroflexionspessar, Sitzbädern, Scheidenduschen usw. Zu Eingriffen, wie sie Bossi zur Anregung der Menstruation ausgeführt hat, konnten wir uns nicht entschließen, da uns eine derartige Behandlung unlogisch und gefährlich erschien.

Unsere sämtlichen behandelten Fälle wurden gynäkologisch nachuntersucht, sie waren alle von ihrem Unterleibsleiden geheilt, aber bei keinem einzigen Falle war ein heilender Einfluß auf das psychische Leiden festzustellen.

Wir müssen also nach unseren Untersuchungen die Bossi'schen Vorschläge für verfehlt erklären, indem wir unser Ergebnis kurz folgendermaßen zusammenfassen:

1) Der Beweis, daß Psychosen durch genitale Erkrankungen verursacht werden können, ist nicht erbracht. Unsere Beobachtungen sprechen dagegen. Inwieweit die innere Sekretion der Ovarien mit Störungen der Psyche zusammen-

Digitized by Google

hängen kann, ist noch unbekannt. Diese Frage bleibt der zukünftigen Forschung vorbehalten. Genitalerkrankungen kommen nur als auslösendes Moment bei neuropathischen Individuen zur Entstehung einer Neuropsychose in Betracht.

2) Dementsprechend bleibt eine lokale Heilung auf den Verlauf von Psychosen ohne Einfluß. Bei der Therapie der Neuropsychosen kommt denselben — in erster Linie durch Operation — die Rolle einer Suggestivmaßnahme zu.

3) Gynäkologische Untersuchungen und Behandlungen bei Geisteskranken können ohne Gefahr vorgenommen werden. Linzenmeier (Berlin).

16) **R. Schockaert** (Louvain). **Psychopathien genitalen Ursprungs.** (Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. 8. Jahrg. Nr. 6.)

Verf. teilt vier Fälle mit, bei denen Psychosen durch Behandlung gynäkologischer Leiden geheilt wurden. In drei Fällen handelte es sich um Retroflexio uteri, nach deren operativer Beseitigung die Psychose verschwand. In einem Falle trat ein leichtes Rezidiv auf, das durch Ovarialextrakt wieder beseitigt wurde. Im vierten Falle bestand eine entzündliche Genitalerkrankung, nach deren Heilung durch antiphlogistische Behandlung auch die Psychose zurückging. Der Verf. glaubt, daß in seinen Fällen die Störung des Zentralnervensystems durch Vermittlung des sympathischen Systems zustande kam. Was die Formen der Psychose anbelangt, so handelt es sich bei von den Genitalien ausgehenden meist um schwere Melancholie mit Selbstmord- und Verfolgungsideen. Verf. stimmt darin mit Bossi überein, daß bei jeder Psychose die Aufmerksamkeit des Arztes sich auch auf die Genitalsphäre richten muß. Hohl (Bremerhaven).

17) **Schockaert** (Löwen). **Wahnsinn bedingt durch gynäkologische Einflüsse.** (Nederl. Maandschr. v. Verlosk. en Urourenz. en v. Kindergeneesk. 1912. Nr. 4.)

Mitteilung von drei eigenen Wahrnehmungen von durch Alexander-Adamsscher Operation geheilter Melancholie. Daß nicht, wie Bossi und Picque meinen, die ins Blut gelangenden giftigen Absonderungsprodukte des entzündeten Endometriums den melancholischen Wahnsinn veranlaßten, sondern lediglich die fehlerhafte Lage der Gebärmutter, sucht Verf. damit zu beweisen, daß in einem Falle die Endometritis keiner Behandlung unterworfen wurde und trotzdem die Pat. nach der Richtiglagerung des Uterus genas, und daß in einem zweiten Falle auch eine energische Behandlung des kranken Endometriums nicht zum Ziele führte, die Retroflexionsoperation aber sofort den erwünschten Effekt hatte.

Van Hoytema (Leiden).

18) **Schrumpf** (St. Moritz). **Das Wesen der Neurasthenie, ihr Verhältnis zur Hysterie und beider Behandlung.** (Wiener klin. Rundschau 1913. Nr. 8—10.)

Verf. betont zunächst sehr genau den Unterschied von Neurasthenie und Hysterie. Die Neurasthenie ist ein organisches Leiden, das verschiedene Ursachen haben kann und als Hauptsymptom die nervöse Depression bietet. S. hält sie für seltener als die Hysterie, die als rein psychische Erkrankung bedeutend häufiger sein soll.

Kombinationen von beiden Krankheiten sind oft zu finden.

Als Therapie empfiehlt Verf. bei der Neurasthenie Beseitigung des organischen Leidens, bei der Hysterie eine lediglich psychische Behandlung, die zwar nicht schematisiert werden kann, aber auf Suggestion basieren soll.

Bei den Fällen, wo ein organisches Leiden eine Hysterie ausgelöst hat, liegt nach Ansicht des Verf.s Prädisposition vor. Es soll daher nach Möglichkeit zuerst

Digitized by Google

das primäre, d. h. also das organische Leiden (z. B. Frauenkrankheiten) beseitigt werden und dann erst die Psychotherapie einsetzen. Friedrich (Kiel).

19) **R. A. Barr (Nashville, Tenn.). Hysterektomie.** (Transact. of the Southern surg. and gyn. assoc. Vol. XXIV. 1912. p. 110.)

Verf. hat Umfragen bei seinen Operierten über ihr Befinden nach der Totalexstirpation veranstaltet, mit dem Ergebnis, daß »die Hysterektomie den Frauen kein neues Nervensystem geben kann«, und daß in jedem derartigen Falle nach der Operation eine sorgfältige Nachbehandlung von genügender Dauer durch einen kompetenten Internisten wünschenswert wäre, die seinen Pat. sämtlich gefehlt hat.

Die einzelnen mitgeteilten Daten hier kurz wiederzugeben ist unmöglich, aber auch ohne größeres Interesse. Jaschke (Gießen).

Radiologie.

20) **E. Bumm und H. Voigts (Berlin). Zur Technik der Karzinombestrahlung.** (Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 31.)

Es wird zunächst hervorgehoben, daß die Reaktion des Karzinomgewebes bei der Röntgenbestrahlung zwar eine schwächere und langsamere ist als bei der Verwendung der radioaktiven Stoffe, daß es sich aber dem Wesen nach um die gleichen Vorgänge handelt: Entzündliche Reizung und Sklerosierung und Vernarbung.

Die Technik der Röntgenbestrahlung wird ausführlich beschrieben. Die Antikathode der kleinen Müller'schen Penetrationsröhren läßt sich um 4 cm näher an die zu bestrahlende Partie heranbringen als die der großen Röhren. Dazu kommt ein Halteapparat, der Spekulum und Röhre fixiert. Die Applikation ist abgebildet. Mittels zweier großer Veifaapparate können immer vier Kranke zu gleicher Zeit bestrahlt werden. Apparat und Röhren werden durch ein besonderes Personal hinter einer Schutzwand überwacht, der Arzt hat nur den Spiegel auf die zu betrahlenden Partien einzustellen. Jetzt werden Röhren konstruiert, die in die Scheide eingeführt werden können, so daß die Antikathode dem Karzinom auf 1—2 cm genähert wird. Der Schrumpfung des Scheidengewölbes muß durch Tamponade entgegengearbeitet werden, gegen den »Röntgenschorf« wendet man Lenizetbolus an.

Was die radioaktiven Substanzen betrifft, so hat zunächst deren richtige Dosierung längerer Versuche bedurft. Die hohe Dosierung kann sowohl lokale als allgemeine, störende Erscheinungen zur Folge haben. Die mittlere Dosierung ist 150 bis 300 mg, die man in 1—2tägigen Intervallen 10—12 Stunden unmittelbar auf das Karzinom einwirken läßt.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer bei 17 Fällen von Carcinoma colli, vulvae et vaginae war bis zur klinischen Heilung 55,6 Tage, die durchschnittliche Mesothoriumdosis betrug 14 690 mg-Stunden. Örtliche Vernarbung und Sklerose, sowie Besserung des Allgemeinbefindens war bei allen diesen Fällen schließlich bis zu dem Grade zu konstatieren, daß es den Anschein hatte, als ob durch eine Art Umstimmung des Gewebes jede Neigung zur karzinomatösen Zellwucherung aufgehört hätte. Allerdings ist keiner dieser Fälle über $^1/_2$ Jahr alt.

Bezüglich der Filterung hat man die Erfahrung gemacht, daß man im Anfang der Behandlung die energisch wirkenden β-Strahlen mit Erfolg verwenden kann. Sie wurden dann erst mit fortschreitender Reinigung und Vernarbung des lokalen Herdes durch immer dickere Bleifilter ausgeschaltet. Voraussetzung für die Anwendung der β-Strahlen ist, daß die radioaktiven Substanzen so an das Kar-

Digitized by Google

zinomgewebe appliziert werden können, daß das letztere mit einer 2—3 cm dicken Schicht die ganze β-Strahlung absorbiert, und daß die benachbarten, gesunden Partien durch entsprechende Bleivorlagen geschützt werden können (Abbildung). Sehr gut hat sich eine Vereinigung der Röntgen- und Mesothoriumstrahlen bewährt.

Für die Beurteilung der Tiefenwirkung sind die bisher publizierten Fälle von Wickham, Aschoff, Krönig, und Gauss, Döderlein und den Verff. wichtig, bei welchen allen die Beseitigung oder Vernarbung des primären Karzinomherdes z. B. an der Portio festzustellen war. Dagegen fanden sich im Uterus oder den Parametrien oder in Drüsen oder entfernteren Partien bei der Operation oder Obduktion noch Karzinomnester. Diesen Fällen werden in der vorliegenden Arbeit drei weitere angefügt. Bei ihnen erstreckte sich allerdings die Wirkung der Bestrahlung nicht nur auf den primären Karzinomherd, sondern war auch noch in den Metastasen im Parametrium nachweisbar, und zwar nicht nur klinisch, sondern auch mikroskopisch. Ein Einfluß auf die ca. 5 cm vom Primärherd entfernten Drüsen konnte jedoch nicht konstatiert werden. Frickhinger (München).

21) **Pinkuss (Berlin). Die Mesothoriumbehandlung bei hämorrhagischen Metropathien und Myomen.** (Deutsche med. Wochenschrift 1913. Nr. 22. p. 1041.)

Verf. behandelt nur Frauen vom Ende der 30er Jahre an aufwärts mit Mesothorium. Früheres Alter bildet wegen der Gefahr der Keimschädigung eine Kontraindikation. Die Beseitigung der Metrorrhagien wird in der Hauptsache durch die allmähliche Verödung und Sklerosierung des Ovarialgewebes erzielt. Die direkte Beeinflussung des Myoms und der Mucosa uteri durch die Strahlen kommt für den Heilerfolg erst in zweiter Linie in Betracht.

Verf. verwandte das Mesothorium in Kapseln zu 10, 22, 26 und 30 mg, die er in das hintere Scheidengewölbe einlegte, und zwar abwechselnd eine Kapsel in das linke und eine in das rechte seitliche Scheidengewölbe. Von einer intrauterinen Anwendung des Mesothoriums sah er ab.

Verf. hat bis jetzt im ganzen 11 Fälle behandelt. Davon bestand in 7 Fällen hämorrhagische Metropathie, in 3 Fällen wurde Amenorrhöe, in 3 Fällen (bis jetzt) Oligomenorrhöe erzielt. In einem Falle ist der Erfolg fraglich, da die Behandlung wegen nervöser Beschwerden unterbrochen werden mußte. In 4 Fällen handelte es sich um Myome. 2 Fälle wurden amenorrhoisch. In einem Falle konnte die Bestrahlung nicht regelmäßig durchgeführt werden. Pat. wurde operiert. Im 4. Falle trat bisher kein sicherer Erfolg auf. Behne (Kiel).

22) **A. Pinkuss (Berlin). Über die Erfolge der Mesothoriumbestrahlung bei Karzinom.** (Berliner klin. Wochenschrift 1913. Nr. 24.)

P. bespricht seine Erfahrungen an 22, noch nicht im Stadium vorgeschrittener Kachexie befindlichen Fällen. Mesothoriumbestrahlung ist der Röntgenbestrahlung überlegen wegen größerer Einfachheit der Anwendung (Einlegen einer Kapsel) und der dadurch ermöglichten, intensiveren therapeutischen Beeinflussung, auch sind so »ausgedehnte Schäden«, wie gelegentlich bei Röntgenbehandlung noch nicht beobachtet. Vielleicht lassen sich durch längere Anwendung kleinerer Dosen dieselben guten Resultate erzielen, wie durch die sehr kostspielige Darreichung großer Dosen. Ob die weiter in die Tiefe reichenden γ-Strahlen eine spezifische Wirkung auf Krebszellen haben, scheint noch nicht erwiesen; die β-Strahlen wirken mehr oberflächlich, und zwar durch Nekrotisierung der Krebszellen und Anreizung des Bindegewebes zur Wucherung und Abschnürung der Krebsnester. Ehe die Behandlung auf die tieferen Schichten eingewirkt hat, kann schon Metastasierung den Erfolg vereiteln. Oberflächenhaut verträgt die Bestrahlung

Digitized by Google

schlechter als die Vagina, deshalb kann hier eine intensivere Behandlung stattfinden und sind die Heilungschancen bessere. Schäden können eintreten durch Nekrosen am Darme, Blase und Gefäßwänden. Die Methode ist indiziert bei sonst operablen Fällen, bei denen Alter oder schwere organische Erkrankungen die Operation verbieten, ferner bei inoperablen Fällen und Rezidiven, vor allen Dingen prophylaktisch nach Radikaloperationen zur Rezidivverhütung. Gleichzeitige intravenöse Injektion von Thor-X und Atoxyl oder innerliche Darreichung von Thor-X und Pankreatin ist sehr zu empfehlen. H. Fuchs (Danzig).

23) **Exner (Wien). Erfahrungen über Radiumbehandlung maligner Tumoren.** (Wiener klin. Wochenschrift 1913. Nr. 29.)

Für die Heilung oberflächlicher Hautkarzinome ist die Radiumbestrahlung ein ausgezeichnetes Mittel; bei der Behandlung tiefgreifender Tumoren besteht eine Reihe von Gefahren. Bei 20 bestrahlten Ösophaguskarzinomen kam es 2mal zur Perforation, diese Gefahr besteht bei allen Karzinomen des Magen-Darmtraktus; beim dickwandigen Uterus dürfte im allgemeinen diese Gefahr geringer sein. Eine weitere Schädigung tritt ein bei zu geringer Dosierung. Verf. hat mehrmals nach zu schwacher Bestrahlung ein intensiveres Wachstum der Tumoren beobachtet. Außer den 20 Ösophaguskarzinomen hat Verf. in den letzten 10 Jahren noch 40 andere tiefgreifende Karzinome mit Radium behandelt, nur 2 davon blieben länger als 3 Jahre rezidivfrei; aber auch diese beiden Fälle gingen schließlich an Rezidiv zugrunde. Beim ersten Falle, einem inoperablen Wangenkarzinom trat nach 9jähriger Rezidivfreiheit ein inoperables Rezidiv auf, dem die Frau in wenigen Wochen erlag; der zweite Fall bekam nach 7 Jahren ein Rezidiv seines Oberlippenkarzinoms und starb. Diese beiden späten Rezidive fordern zu besonderer Vorsicht auf in der Beurteilung geheilter Fälle.

Bei den übrigen Fällen war oft eine wesentliche Besserung erzielt worden, eine Verlängerung des Lebens, aber keine Heilung.

Verf. vermutet, daß die enorme Bindegewebsvermehrung, die nach der Bestrahlung eintritt, insofern von Bedeutung ist, als durch das feste Narbengewebe der Weiterverbreitung der Karzinomzellen sehr erhebliche Schwierigkeiten in den Weg gelegt werden. Dafür sprechen außer dem histologischen Befunde Erfahrungen bei bestrahlten Zungen- und Pharynxkarzinomen, bei welchen Metastasenbildung in den Lymphdrüsen, die nach klinischer Erfahrung innerhalb weniger Monate zu erwarten gewesen wären, ausblieben. Dieses Ausbleiben von Metastasen, oft durch mehrere Jahre hindurch, führt zu der Auffassung, daß die abführenden Lymphwege durch Bindegewebsneubildung verschlossen werden.

Linzenmeier (Berlin).

24) **Rudolf Klotz (Tübingen). Die Beeinflussung des inoperablen Uteruskarzinomes mit Strahlen- und intravenöser Chemotherapie.** (Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 31.)

Über die Kombination der Strahlenbehandlung mit der intravenösen Zufuhr von tumoraffinen Substanzen, ein Verfahren, das der Verf. theoretisch schon in Halle besprochen hat (s. d. Referat über den Gynäkologenkongreß dieses Zentralblattes p. 899), wird jetzt an der Hand von 13 Fällen Näheres berichtet. Es wurde Elektrokobalt in der Dosis von 5 ccm im Zwischenraume von 7 Tagen injiziert. Die Lösung soll mit Kochsalz verdünnt und ganz langsam eingespritzt werden. Beim schnellen Einspritzen kommen unangenehme Nebenerscheinungen vor. Im Verein mit der Anwendung strahlender Energie waren die Erfolge ausgezeichnet, nachweisbar nicht nur an den ulzerierten Scheidenknoten, sondern auch an den tiefgelegenen Karzinomknoten des Beckenbindegewebes.

Digitized by Google

Auch die Serumbehandlung wurde zur Kombination der Tiefenwirkung der strahlenden Materie herbeigezogen. Von der neuen Beobachtung des Abbauvermögens des Serums karzinomkranker Frauen für Karzinomgewebe ausgehend, hat der Verf. das Serum karzinomkranker Frauen — zumal solcher, die auf dem Wege der Heilung sich befanden — den Pat. intravenös injiziert.

Frickhinger (München).

25) **Regaud und Nogier** (Lyon). **Die Einwirkung hoher X-Strahlen-Dosen, welche durch Filtration durch eine 3 und 4 mm dicke Aluminiumschicht gehärtet werden, auf die Haut und ihre Anwendung in der Röntgentherapie.** (Strahlentherapie 1913. Bd. II. Hft. 2. p. 733.)

Eingehende Beobachtungen an einem großen Materiale ergaben, daß die gesunde Haut viel höhere Dosen bei starker Filterung verträgt als bei schwacher oder keiner Filterung. Außerdem wird bei starker Filterung höchstens die Epidermis geschädigt, aber nicht die Cutis, so daß nur eine leicht heilende Epidermitis, aber keine ulzeröse, nekrotisierende Radiodermitis entsteht. In therapeutischer Beziehung sind deshalb zur Steigerung der elektiven, zellzerstörenden Kraft gegenüber Tumorzellen, zur günstigen Beeinflussung der Vernarbung und vor allem zur Erhaltung der Widerstandskraft desjenigen Terrains, in das ein Rezidiv hineinwuchert, dünnere Filter als $2^1/_2$ mm Aluminium absolut zu verwerfen. Die Haarbulbi sind gegen mit 3—4 mm gefilterten Strahlen empfindlicher als die Keimschicht der Epidermis.

Wichtig für die voroperative Röntgenbestrahlung ist die Beobachtung, daß bei schwacher Filterung (1—2 mm) eine schwere Radiodermitis im Anschluß an die Operation eintrat, während bei stärkerer (3—4 mm) Filterung keine latente Überempfindlichkeit der Cutis zurückblieb.

In biologischer Beziehung wird durch die stärkere Filterung eine bedeutend elektivere Wirkung auf die Keimzellen erzielt als bei schwacher Filterung.

Zurzeit gibt es noch keine exakte, biologische Meßmethode der Strahlenqualität. Aus diesem Grunde ist auch die große Differenz in der Berechnung der Dosen erklärlich, zumal die augenblicklich beste Meßmethode durch die Farbenveränderung von Bariumplatinzyanurpastillen erheblichen subjektiven Fehlerquellen und Schwankungen unterworfen ist. Langes (Kiel).

26) **Borell** (Düsseldorf). **Klinische Untersuchungen über die Erythemgrenze bei gynäkologischer Röntgentiefentherapie mit stark gefilterten Strahlen.** (Strahlentherapie 1913. Bd. II. Hft. 2. p. 683.)

Auf Grund teils unabsichtlicher, teils absichtlicher (bei Karzinom) Überdosierungen bei Fällen aus der Freiburger Frauenklinik kommt Verf. zu folgenden Schlußfolgerungen:

1) Stark gefilterte Strahlen sind für die Haut weniger gefährlich, als schwach gefilterte.

2) Die Erythemgrenze liegt bei 5 mm Filter bei etwa 40 X, bei 3 mm bei 25 X, bei 1 mm bei 20 X, bei $^1/_2$ mm etwas weniger als 20 X.

3) Oberhalb dieser Dosen sind individuelle Schwankungen vorhanden.

4) Die Nebenwirkungen heilen bei starker Filterung schneller ab als bei schwacher.

5) Durch die höhere Belastungsmöglichkeit kann die Heilungszeit abgekürzt werden.

6) Die Spätreaktionen sind auf die Anwendung zu dünner Filter zurückzuführen. Langes (Kiel).

Digitized by Google

27) **Miller (Freiburg). Experimentelle Untersuchungen über die biologische Wirkung verschieden gefilterter Röntgenstrahlen.** (Strahlentherapie 1913. Bd. II. Hft. 2. p. 699.)

Bestrahlungen von weißen Mäusen ohne Filter und mit Filtern von 3, 5, 10, 15 und 20 mm Dicke, und zwar wurden in einer Versuchsreihe 25 X, in einer zweiten 36 X und in einer dritten 50 X verabfolgt. Die Tiere der zweiten und dritten Serie starben alle, die der ersten Serie wurden nach 8, 14 und 21 Tagen getötet. Als Tastobjekt wurde die Milz gewählt, und zwar wurden durch gefilterte und ungefilterte Strahlen Schädigungen der Milz herbeigeführt in Gestalt von Zellarmut der Pulpa und der Follikel und Kernveränderungen; kleine Dosen übten einen gewissen Reiz aus (Kernteilungen). Die stärkste biologische Wirkung wurde bei einer Aluminiumfilterdicke von 10 mm erzielt, danach bei 15 und 5 mm und am geringsten bei 0 und 20 mm Dicke. Bei 10 mm läßt jedoch die Wirkung früher nach als bei 15 und 5 mm, so daß man bei längerem Zuwarten mit 15 und 5 mm dicken Filtern ungefähr dieselbe Wirkung erzielt wie bei 10 mm Aluminiumdicke. Langes (Kiel).

28) **Kolde (Erlangen). Experimentelle Untersuchungen über die Tiefenwirkung der Röntgenstrahlen.** (Strahlentherapie 1913. Bd. II. Hft. 2. p. 710.)

Bestrahlungen von Leichen kurz nach dem Exitus nach Einlegung von mit Guttapercha umwickelten Kienböckstreifen in die Bauchhöhle unter den Bauchdecken und Därmen. Zugleich wurden Streifen auf die Bauchdecken, unter den Rücken und in die Scheide gelegt.

Es gelangte etwa die Hälfte der auf die Bauchhaut verabfolgten Strahlenmenge in die Bauchhöhle hinein. Die Streifen dicht unter den Bauchdecken und unter den Därmen zeigten nur ganz geringe Differenzen. Dagegen findet in der Bauchhöhle eine diffuse Verteilung der Röntgenstrahlen statt, weil die nicht unter der Einfallspforte liegenden Streifen (auch die in der Scheide) fast dieselbe Schwärzung aufweisen wie der direkt getroffene Streifen.

Die Versuche wurden mit harten Röhren und 3 mm Aluminiumfilter angestellt.

Zu bedenken bleibt bei diesen Versuchen, ob sich die Verhältnisse an Leichen auf die Lebenden übertragen lassen. (Ref.) Langes (Kiel).

Narkose und Anästhesie.

29) **Adolf F. Hecht und Edmund Nobel. Elektrokardiographische Studien über Narkose.** (Zeitschrift für experimentelle Medizin Bd. I. 1913.)

Die bei vorgeschrittener Narkose auftretenden Reizleitungsstörungen des Herzens konnten Verff. im Tierexperiment in fast allen Fällen durch Vagotomie oder Atropin beheben. Auch konnte dadurch prophylaktisch einer reflektorischen Herzhemmung vorgebeugt werden. Für die wenigen Fälle, bei denen trotzdem solche Störungen auftraten, nehmen Verff. eine Chloroformwirkung auf das Bündel selbst an. Die günstige Wirkung des Atropins beruht wahrscheinlich nebst der lähmenden Wirkung auf den Vagus auf einer direkten, herzmuskelerregenden Wirkung. Als Dosis empfehlen Verff. 1 mg für Kinder und 2 mg für Erwachsene. Die Verordnung von Adrenalin können Verff. nicht befürworten, da dieses bei chloroformierten Katzen zum Exitus unter Erscheinungen des Kammerflimmerns führte. Michel (Koblenz).

Digitized by Google

30) **Walther Straub** (Freiburg i. Br.). **Über die Gefährlichkeit der Kombination von Morphin mit allgemeiner Narkose und mit Schlafmitteln.** (Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 33.)

Wegen eines kleinen operativen Eingriffs war eine Spritze Morphin gegeben worden. Da jedoch genügende Schmerzlosigkeit nicht erreicht wurde, so wurde Chloroformnarkose angeschlossen. Der Tod erfolgte durch Atemlähmung. Vom pharmakologischen Standpunkte aus ist die Frage zu stellen, ob die das Atemzentrum lähmende Morphinwirkung durch die Allgemeinnarkose gesteigert wird. Kaninchen sind gegen Morphin sehr wenig empfindlich, auch die Nebenwirkung dieses Mittels, die Beeinflussung des Atemzentrums, tritt bei ihnen nur in Form einer Oligopnoe ein, die bei 0,05 Morphin etwa $^1/_5$ der Norm erreicht. Gibt man jedoch ein Allgemeinnarkotikum, so sinkt die Atemfrequenz sofort ganz bedeutend, bis zum Tode des Tieres, der mit Morphin allein beim Kaninchen kaum herbeigeführt werden kann. Das Atemzentrum ist gegen seinen natürlichen Reiz, die Kohlensäurespannung im Blute unempfindlich geworden. Wenn beim narkotisierten Menschen ein solcher Zustand eingetreten ist, so gibt es kein rasch wirkendes Mittel, das die Reizbarkeit des Atemzentrums so weit hebt, daß es auf die im Blute gebildete Kohlensäure wieder reagiert. So lange lediglich eine Oligopnoe vorliegt, kann durch Atropin noch Besserung erzielt werden.

Im bestehenden Morphinzustande wird man dem Äther vor dem Chloroform den Vorzug geben, weil von den beiden Substanzen, jede allein gegeben, der Äther das Atemzentrum reizt, das Chloroform aber es lähmt. Bei morphinempfindlichen Personen ist die Kombination von Morphium und Allgemeinnarkotikum überhaupt zu vermeiden. Frickhinger (München).

31) **H. F. Depree** (London). **Adrenalin bei Chloroformnarkose.** (Brit. med. journ. 1913. April 26.)

26jährige Pat. kam bei leichter Chloroformnarkose und darauffolgender Injektion von ganz geringen Mengen Adrenalinlösung zum Exitus. Alle Wiederbelebungsversuche blieben ohne Erfolg. Die Autopsie verlief ergebnislos. Solche Zufälle treten nicht ein, wenn das Adrenalin vor der Chloroformnarkose gegeben wird, oder wenn die Chloroformnarkose tief ist, oder wenn Äther zur Narkose verwandt wird. Sieber (Grunewald-Schmargendorf).

32) **E. M. Prince** (Birmingham, Alabama). **Die Lachgas-Sauerstoffnarkose.** (Surgery, gynecology and obstetrics Vol. XVI. Nr. 6.)

Auf Grund eines Materials von 2500 Fällen erklärt Verf. die Lachgas-Sauerstoffanästhesie für die beste Narkosemethode. Die Narkose tritt am schnellsten ein ohne unangenehme Empfindungen des Pat. und hat keine postoperative Komplikationen zur Folge. Erleichtert wird die Narkose durch vorherige Gabe von Morphium und Atropin, die aber bei Kindern zu unterlassen ist. Voraussetzung für ein günstiges Resultat ist jedoch stets eine gute Schulung des Narkotiseurs. Robert Stern (Offenbach).

33) **G. W. Crile.** **Anästhesie und Anociassoziation.** (Surgery, gynecology and obstetrics Vol. XVI. Nr. 6.)

Unter Anociassoziation ist die Ausschaltung aller die Gehirnzellen schädigenden Reize während der Operation zu verstehen, sowohl der psychischen, als der traumatischen Reize. Eine solche Anociassoziation ist mit den gewöhnlichen Anästhesierungsmethoden nicht zu erreichen, da die Lokalanästhesie zwar die Fortleitung des traumatischen Operationsreizes nach dem Gehirn verhindert, aber die psychische Reizung nicht ausschaltet, während umgekehrt in der Allgemeinnarkose die psychische Reizung ausgeschlossen ist, aber die Fort-

Digitized by Google

leitung der traumatischen Reize nach den Hirnzellen bestehen bleibt und trotz Aufhebung des Bewußtseins diese Zellen in ihrer Funktion schädigt. Verf. glaubt daher durch Kombination der Lokalanästhesie mit der Lachgas-Sauerstoffallgemeinnarkose große Vorteile erzielen zu können. Robert Stern (Offenbach).

34) **W. M. Barton (Washington). Kalipermanganat als lokales Anästhetikum der Urogenitalschleimhäute.** (Journ. amer. med. assoc. Bd. LXI. Nr. 3. p. 196.)

Kal. permang.-Lösung in Konzentration von 1 : 2500— : 5000 übt auf Urethral- und Blasenschleimhaut bei Tenesmen eine reizmildernde Wirkung aus.

Schottelius (Hamburg).

35) **H. Schlimpert (Freiburg). Über Sakralanästhesie.** (Surgery, gynecology and obstetrics Vol. XVI. Nr. 5.)

Die Lokalanästhesie wird in der Freiburger Frauenklinik stets mit dem Morphium-Skopolamindämmerschlaf kombiniert, wobei in letzter Zeit das Morphium vorteilhaft durch Pantopon oder noch besser durch Narkophin ersetzt wurde. Die Ausführung der sakralen Injektion erfordert eine gewisse Übung. Sie wird entweder in Seitenlage oder in Knie-Ellbogenlage vorgenommen. Nach der Injektion wird der Steiß, je nachdem eine hohe oder tiefe Anästhesie erwünscht ist, mehr oder weniger hochgelagert. Als Anästhetikum hat sich am meisten das Novokain in 1 bis $1^1/_2$%iger Lösung bewährt, und zwar ist eine Natrium-bicarbonicum-Lösung einer Kochsalzlösung vorzuziehen. Zweckmäßig ist ein Zusatz von Suprarenin, dessen Zersetzung durch Zufügung von $^1/_4$ g Natrium sulfuricum verzögert wird. Unter Berücksichtigung des Alters, Körpergewichts und Kräftezustandes des Pat., der Tiefe des Dämmerschlafs und der Dauer der Operation schwankt die Dosierung des Novokains bei tiefer Anästhesie zwischen 0,4 und 0,6 g, bei hoher zwischen 0,5 und 0,8 g. Bei tiefer Anästhesie, d. h. bei Operationen an Organen unterhalb der Symphyse hatte so die Freiburger Frauenklinik in 54,4% vollkommenen Erfolg. Bei 21% war die Anästhesie gut, mußte aber wegen zu langer Dauer der Operation später durch Inhalationsnarkose unterstützt werden. In 13,2% war die Anästhesie unvollständig, so daß sofort Inhalationsnarkose nötig war, und in 11,4% wurden vollständige Versager beobachtet. Die hohe Anästhesie war in 46,5% ausreichend. In 21,3% wurde später Inhalationsnarkose nötig. In 25,6% reichte die Anästhesie sofort nicht aus, in 5% wurden Versager verzeichnet. Ein Nachteil der Sakralanästhesie ist die durch sie bedingte Blutdrucksenkung, die bei Störungen des Zirkulationsapparates gefährlich werden könnte. Ihre Vorteile sind das Fehlen aller Narkosenachwirkungen, insbesondere auch der Kopfschmerzen, die bei der Lumbalanästhesie öfters beobachtet werden.

Robert Stern (Offenbach).

Transfusion und Infusion.

36) **Lothar Dreyer. Transfusion und Infusion.** (Ergebn. d. Chirurgie u. Orthopädie Bd. VI. 1913.)

I. Transfusion: Die Tierbluttransfusion ist völlig aufgegeben. Die Transfusion defibrinierten Blutes ist mehr und mehr verlassen. »Sie ist verdrängt durch die unmittelbare Überleitung des unveränderten Blutes aus dem Gefäßsystem des Spenders in das des Empfängers.« Diese Methode hatte selbst in ganz verzweifelten Fällen eine anhaltende Besserung, Zunahme des Hämoglobins, der Erythrocyten zur Folge. »Weniger gut waren nach einzelnen Berichten die Dauer-

Digitized by Google

erfolge bei Pat., die an perniziöser Anämie litten.« (Hier sind die von Bauereisen mittels intramuskulärer Injektion körperwarmen Blutes [7 Injektionen à 6—10 ccm] geheilten Fälle von perniziöser Anämie zu erwähnen. Ref.)

II. Infusion: »Ihre Verwendung wurde angeregt durch die Experimente von Goltz, der zu dem Schluß kam, daß wesentlich mechanische Verhältnisse den Verblutungstod bedingen.« Verf. bespricht eingehend »den Wert der Kochsalzlösung bei lebensbedrohenden Blutungen spez. im Vergleich mit der Transfusion. »Nach v. Ott ist bei Blutverlusten von mehr als $^1/_2$—$^2/_3$ die Kochsalzlösung nicht als gleichwertig der Transfusion von Blut oder Blutserum anzusehen. Bei geringeren Blutverlusten hingegen sei die Kochsalzlösung vorzuziehen.« Küttner entschied endgültig im Experiment, »daß Infusion von Kochsalzlösung bei wirklich tödlichen Blutungen nichts mehr zu nützen vermag«.

Betreffs der »Zusammensetzung der NaCl-Lösung ergeben die Versuche Küttner's keinen wesentlichen Unterschied in der Wirksamkeit der 0,65%igen und 0,9%igen Lösung«. Ausgehend von dem Gedanken, daß der Tod infolge Verblutens bedingt ist durch Sauerstoffverarmung des Blutes als Folge der Verminderung der Erythrocyten, ließ Küttner eine Serie Kaninchen, denen er nach experimentellen tödlichen Blutverlusten Kochsalz infundiert hatte, Sauerstoff atmen. Die Tiere blieben am Leben im Gegensatz zur gleichen Anzahl ohne Sauerstoffatmung behandelter. Küttner empfiehlt nun, der intravenösen Infusion nach schweren Blutverlusten Sauerstoff zuzusetzen (20 ccm im Liter). Da der Sauerstoff absorbiert ist, wird er im Kreislauf nicht frei. Nach der Infusion empfiehlt sich weiteres Einatmen von Sauerstoff. — Das »Kochsalzfieber« der Infusion zur Last zu legen, ist nicht berechtigt, da der Verdacht besteht, daß es sich in den betreffenden Fällen um nicht frische Lösungen handelt. Henkel sah beim versuchsweisen Einverleiben von Kochsalz beim Menschen (per os, subkutan, intravenös) keine schädlichen Folgen. — Die zweckmäßigste Zufuhr ist die intravenöse, doch darf die Flüssigkeit nicht zu schnell und nur unter geringem Druck einströmen. — Zum Schluß weist Verf. nochmals auf die Kochsalz-Sauerstoffinfusion nach Küttner hin, welche im Experiment eine bedeutende Überlegenheit vor der einfachen NaCl-Infusion zeigte. Kurt Hanusa (Kiel).

37) **David Bowaird (Neuyork). Über drei Fälle von Bluttransfusion bei perniziöser Anämie.** (Med. and surg. report of the Presbyterian Hospital in the City of New York. 1912.)

Drei Fälle von ausgesprochener perniziöser Anämie, bei denen im letzten Stadium eine Bluttransfusion (Arterie zu Vene) gemacht wurde. Ein Pat. starb kurze Zeit nach der Operation. In den beiden anderen Fällen war der Erfolg nach Überwindung eines anfänglichen Shoks ein guter. Die Pat., die moribund gewesen waren, erholten sich soweit, daß sie die Klinik verlassen und wieder arbeiten konnten. Sie gingen jedoch beide im Laufe desselben Jahres zugrunde.

Fleischhauer (Kiel).

38) **E. L. Cornell (Chicago). Ein Fall von Bluttransfusion bei ektopischer Schwangerschaft.** (Surg., gynecol. and obst. Vol. XVI. Nr. 5.)

Empfehlung der direkten Bluttransfusion zur Behandlung der Anämie bei Tubargravidität. Robert Stern (Offenbach).

39) **Bruno Auerbach. Über die Behandlung schwerer Anämien mit Blutinjektionen.** Inaug.-Diss., Leipzig, 1913.

Die intravenöse Blutinjektion ist auch nach vorheriger Prüfung auf Isoagglutination und Hämolyse nicht ohne Gefahren. Subkutane bzw. intramuskuläre Einspritzung defibrinierten Menschenblutes (mit Zusatz von Aqua destillata)

Digitized by Google

hat schon eine Reihe schöner Erfolge bei primären und sekundären Anämien aufzuweisen. Wahrscheinlich werden mit der Blutinjektion dem Kranken Lipoide zugeführt, die einen starken Reiz auf die blutbildenden Organe ausüben. Verf. publiziert einen Fall, in dem durch Blutinjektion, wenn auch keine Heilung, so doch eine durch 3 Monate anhaltende, ganz erhebliche Besserung aus einem moribunden Zustande heraus erzielt wurde. H. Fuchs (Danzig).

40) **S. Pope** (San Francisco). **Vereinfachte Transfusion.** (Journ. amer. med. assoc. 1913. Nr. 17. p. 1284.)

Gummikatheter, der an beiden Enden dünn ausgezogene Glaskanülen trägt. Das Instrument wird vor Gebrauch, um Thrombosierung zu verhüten, in gleichen Mengen von Vaselin und Paraffin ausgekocht. Desgleichen werden die betreffenden Blutgefäße, Arterie und Vene, mit Vaselin eingerieben. Bei guter Funktion Pulsieren des Rohres fühl- und sichtbar. Schottelius (Hamburg).

41) **E. Schreiber** (Magdeburg). **Über Stillung innerer Blutungen durch intravenöse Traubenzuckerinjektionen.** (Therapie der Gegenwart 1913. Mai. p. 195.)

Empfehlung einer intravenösen Injektion von 5—20%iger Traubenzuckerlösung, in Mengen bis zu 200 ccm; Glykosurie hat S. nicht beobachtet, ebensowenig andere Schädigungen, Fieber u. a., die er freilich bei Verwendung höher konzentrierter Lösung für möglich hält. Annahme, daß auch diese Injektion — wie die Zufuhr hypertonischer Kochsalzlösungen nach van den Velden — durch Hydrämie und Heranziehung von gerinnungsbefördernden Stoffen wirke. Statt Traubenzucker könne man auch Rohrzucker verwenden. Günstige Erfolge sah S. unter anderem bei einer Bluterin, bei Fällen von Darmbluten (Typhus) und Magenbluten. Der — wenn auch geringe Gehalt an Nährstoffen in dieser Lösung — sei ein weiterer Vorzug. Hesse (Greifswald).

42) **B. M. Bernheim** (Baltimore). **Therapeutische Möglichkeiten der Bluttransfusion.** (Journ. amer. med. assoc. 1913. Bd. LXI. p. 268.)

Dringende Empfehlung der Bluttransfusion nach schweren Blutverlusten und bei Blutkrankheiten. Wenn möglich soll die Transfusion erst ausgeführt werden, wenn die Blutung zum Stehen gebracht ist, und das blutende Gefäß thrombosiert ist. An der Hand von Krankengeschichten wird der gute Erfolg von Bluttransfusion bei schweren Infektions- und Intoxikationskrankheiten (Graviditätstoxikose, Pellagra, Typhus, Gasvergiftung) erläutert. Infektionen des Spenders durch den Empfänger sind B. nicht bekannt. Schottelius (Hamburg).

Uteruskarzinom und Allgemeines über Karzinom.

43) **James B. Murphy.** **Kann man maligne Tumoren in Embryos einer anderen Spezies transplantieren?** (Proceedings of the New York path. soc. 1912. November u. Dezember.)

Verf. hat Jensen's Rattensarkom in Hühnerembryone mittels Spritze implantiert, nachdem er ein kleines Loch in die Schale gemacht und dieses nachher wieder mit Paraffin geschlossen hatte. Er beobachtete dabei ein aktives Wachstum des Geschwulstmateriales und konnte es auch von Embryo zu Embryo verimpfen. Bei Verpflanzung auf ausgewachsene Hühner wuchs die Geschwulst nicht, wohl infolge einer Abwehrvorrichtung des Organismus.

Michel (Koblenz).

Digitized by Google

44) **Freund und Kaminer (Wien). Über die Herkunft der die Karzinomzellen beeinflussenden Serumbestandteile.** (Wiener klin. Wochenschrift 1913. Nr. 25.)

In früheren Untersuchungen hatten die Verff. zwei Faktoren im Serum kennen gelernt, die für die Existenz von Karzinomzellen von Einfluß sind: 1) Einen zelldestruierenden Faktor, der nur in nicht »karzinomatösem« Serum vorkommt, in Form einer in Äther löslichen, stickstoff-, schwefel- und phosphorfreien Fettsäure, die sie Normalsäure nennen und 2) einen zellschützenden Faktor, der nur im Blutserum Karzinomatöser vorkommt, in Form eines abnormen Nukleoglobulins.

Ihre jetzigen Untersuchungen nach der Herkunft dieser beiden Faktoren ergaben, daß die Normalsäure aus den bei normaler Verdauung entstehenden Fettsäuren entsteht, und daß es eine Darmsäure ist, die nur im Dünndarminhalt von Karzinomatösen vorkommt, die jene Veränderungen am Euglobulin hervorruft, welche nach den Verff. als charakteristisch für Karzinom gilt. Alle Untersuchungen wurden in vitro angestellt. Nach den Nachprüfungen ihrer Resultate durch Hirschfeld glauben die Verff. schließen zu dürfen, daß das Zellschutzvermögen des Karzinomserums auch für die Verhältnisse in vivo gilt. Dadurch, daß Verff. die Ursache der die Karzinomzellen beeinflussenden Serumbestandteile in einer Anomalie des Stoffabbaues bei der Darmverdauung nachgewiesen haben, scheint ihnen ein bedeutender Fortschritt in der Erforschung des Krebses gelungen zu sein. Linzenmeier (Berlin).

45) **Rosenberg (Charlottenburg-Westend). Zur Frage der serologischen Karzinomdiagnostik. 2. Die Meiostagminreaktion.** (Deutsche med. Wochenschrift 1913. Nr. 20. p. 936.)

Verf. hat zu seinen Versuchen als Antigene von Ascoli und Izur angegebene, künstliche Präparate benutzt, die er »synthetische Antigene« nennt. Er verwandte sowohl das Stalagmometer als auch das Viskostagonometer. Verf. glaubt, daß die Einführung der künstlichen Präparate eine Vereinfachung der Meiostagminreaktion bedeutet. Die Spezifität der in dieser Weise angestellten Reaktion ist eine verhälsnismäßig große. Immerhin geben auch Fälle von Lebercirrhose, Pneumonie, schwerer Tuberkulose und schwerem Diabetes und auch Gravidensera häufig eine positive Reaktion. Behne (Kiel).

46) **J. L. Ransohoff (Cincinati). Anaphylaxie bei der Diagnose des Krebses.** (Journ. amer. med. assoc. Bd. LXI. Nr. 1. p. 8.)

Meerschweinchen wurden in zwei Serien sensibilisiert mit 0,01—0,5 ccm A. von gesunden Menschen, B. von Karzinomatösen. 14 Tage später intraperitoneale Injektion von 5 ccm Serum eines Karzinomatösen im fortgeschrittenen Stadium. Serie A zeigte schwere Anaphylaxieerscheinungen, Serie B keine oder nur ganz milde.

Mit einem auf dieser Methode basierenden Verfahren hat R. in 87,7% positive Resultate bei Karzinomatösen und 100% richtige Resultate bei Nichtkarzinomatösen erhalten. Schottelius (Hamburg).

47) **A. Braunstein (Moskau). Chemotherapeutische Versuche an Krebskranken mittels Selenjodmethylenblau.** (Berliner klin. Wochenschrift 1913. Nr. 24.)

20 inoperable Pat. (darunter 2 mit Krebs der weiblichen Genitalien) erhielten intravenöse Injektionen von kolloidalem Elektroselen, gleichzeitig per os oder per rectum Jodmethylenblau. In fast allen Fällen wurden Verringerung bzw. ein Schwinden der Schmerzen, Besserung des Allgemeinzustandes, in vielen Fällen

Digitized by Google

Zunahme des Körpergewichts, ferner Schwinden des Ascites, Kleinerwerden der Geschwülste, größere Beweglichkeit derselben und Verkleinerung der befallenen Lymphdrüsen beobachtet. Die Methode soll gänzlich unschädlich sein. Verf. verspricht sich von ihr Erfolge bei chirurgischen Eingriffen als Ergänzungskur zur Rezidivverhütung. H. Fuchs (Danzig).

48) **De Pace. Über das Verschwinden eines enormen Krebsgewächses des Collum uteri ohne chirurgische Behandlung.** (Ginecologia 1912. Nr. 3.)

Eine 60jährige Frau mit einem enormen, inoperabel scheinenden Portiokarzinom wurde mit subkutanen Chinininjektionen nach Jaboulay behandelt und entzog sich nach 40 Tagen der Kur. Sie wurde dann von einem tollen Hunde gebissen und machte eine entsprechende Behandlung durch. Ein Jahr später war keine Spur des Karzinoms, das durch Probeexzision und histologische Untersuchung an verschiedenen Universitätskliniken sichergestellt war, mehr nachweisbar. Die Scheide glatt, der Uterus klein, senil, die Portio fast verschwunden.

Fast 10 Jahre später stellte die Frau sich wieder vor mit ausgedehnten, neoplastischen Veränderungen in der Scheide und Drüsenmetastasen.

Der Verf. versuchte, Karzinomkranke mit abgeschwächtem Wutmark zu behandeln; von den bisher behandelten 9 Fällen zeigten einige wesentliche Besserung des Allgemeinbefindens, in wenigen schien auch der tödliche Verlauf verlangsamt zu sein. Küster (Breslau).

49) **Hess (Berlin). Heilung eines Falles von Carcinoma uteri nach Probeauskratzung.** (Deutsche med. Wochenschrift 1913. Nr. 22. p. 1038.)

41jährige Pat. mit histologisch sichergestelltem Adenocarcinoma corporis uteri. Untersuchung der durch Curettage gewonnenen Tumorteilchen durch Geheimrat v. Hansemann. Auch der klinische Befund sprach für Karzinom. Palpatorisch waren keine sicheren Genitalveränderungen nachweisbar. Im Anschluß an die Probecurettage allmähliche Besserung. Nach 4 Jahren völlige Gesundung im klinischen Sinne. Behne (Kiel).

50) **D. von Hansemann (Berlin). Bemerkungen zu vorstehendem Bericht.** (Deutsche med. Wochenschrift 1913. Nr. 22.)

v. H. bestätigt, daß es sich um ein Carcinoma uteri gehandelt hat. Er nimmt an, daß durch die Curettage alle Geschwulstteile entfernt worden sind. Gleichzeitig berichtet v. H. über einen ähnlichen Fall aus der Praxis des Herrn Koblanck. Bei einem 17jährigen Mädchen wurde durch Probecurettage ein Plattenepithelkarzinom des Corpus uteri festgestellt. An dem totalexstirpierten Uterus war weder in der Schleimhaut noch in der Muskulatur eine krebsige Stelle nachzuweisen.

Auch K. Ruge hat einen ähnlichen Fall beobachtet.

Behne (Kiel).

51) **A. Siredey und Henry Lemaire. Über den Wert einer explorativen Ausschabung für die frühzeitige Diagnose des Uteruskrebses.** (Ann. de gyn. et d'obst. 1913. Mai.)

Bericht über einige Fälle, in denen durch frühzeitige histologische Untersuchung ausgeschabter Massen Diagnose auf Karzinom gestellt werden konnte, wodurch eine rechtzeitige Operation möglich wurde. Die Diagnose wurde jedesmal an dem exstirpierten Uterus bestätigt. Die Verff. raten daher dringend, bei dem geringsten Verdacht eine Ausschabung vorzunehmen und, wenn der Arzt die mikroskopische Untersuchung nicht selbst machen kann, die ausgeschabten Massen einem Laboratorium zuzuschicken. Hohl (Bremerhaven).

Digitized by Google

52) **Le Roy Broun** (Neuyork). **Die Heilbarkeit des Krebses und die Notwendigkeit, Laien und Ärzte über die frühzeitige Erkennung derselben aufzuklären.** (Bull. of the Lying-in Hospital of the City of New York 1913. März.)

Bei den meisten gut operabeln Karzinomfällen sind die Drüsen krebsfrei, die Operation solcher Fälle bietet daher auch viel mehr Chancen. Verf. beschreibt die Operationsverfahren und Resultate von Schauta, Wertheim, Bumm und tritt im Anschluß daran lebhaft für eine organisierte Aufklärungstätigkeit im Publikum, unter den Ärzten, Hebammen usw. ein, ähnlich wie sie in Deutschland auf Winter's Initiative in die Wege geleitet wurde. Nur auf diese Weise könnte die Operabilität gehoben werden, die in Amerika kaum 25% gegenüber durchschnittlich 60% in Deutschland beträgt.

An diesen, in der Alumni Society gehaltenen Vortrag schloß sich eine Diskussion an, an der sich H. C. Taylor und Boldt beteiligten.

Jaschke (Gießen).

53) **B. Herzfeld** (Riga). **Ein Beitrag zur Statistik des Carcinoma uteri.** (Petersburger med. Zeitschrift 1913. Nr. 14.)

Im Jahre 1909 begann die baltische Ärzteschaft den organisierten Kampf gegen den Uteruskrebs nach dem Vorgange Winter's. Verf. teilt statistische Daten aus dem Material der gynäkologischen Abteilung des Rigaschen Stadtkrankenhauses in bezug auf die Operabilität des Carcinoma uteri vor und nach dem Jahre 1909 mit.

Die Zahlen zeigen einen deutlichen Fortschritt der Operabilität.

Bis zum Jahre 1909: Aus dem Krankenmaterial der Ambulanz: 37,2% operabel, 62,8% inoperabel, aus demjenigen der Station 38,6% operabel und 61,4% inoperabel.

Nach dem Jahre 1909: Ambulanz: 47,3% operabel, 52,7% inoperabel; Station 47,4% operabel, 52,6% inoperabel. B. Ottow (Dorpat).

54) **R. Behle** (Berlin). **Über die Sterblichkeit an Krebs in Preußen während der Jahre 1903—1913 nach Altersklassen.** (Berliner klin. Wochenschrift 1913. Nr. 19.)

Die Sterblichkeit an Krebs hat in Preußen (auch in anderen Ländern) von 1903 bis 1913 zugenommen, nicht nur überhaupt, sondern auch berechnet auf 10000 Lebende derselben Altersklasse. Kaum merklich ist die Zunahme für die Altersklasse von 1—30 Jahren. In der Altersklasse von 30—60 Jahren steigt die Zahl der Todesfälle mit leichten Schwankungen von 9,20 bis 10,16 auf 10000 Lebende derselben Altersklasse. In der Altersklasse über 60 Jahre steigt die Sterbeziffer kontinuierlich von 40,47 bis 52,49. Die Sterblichkeit an anderen Neubildungen zeigt ebenfalls eine Zunahme. Mangelhafte Bezeichnungen der Todesursache auf den Totenscheinen, z. B. Geschwulst, Gewächs, Nichtangabe, ob gut- oder bösartig, erschweren die Statistik. H. Fuchs (Danzig).

55) **Zacherl** (Wien). **Beitrag zur Kasuistik der Wandsarkome des Uterus.** (Wiener klin. Wochenschrift 1913. Nr. 31.)

Genaue histologische Untersuchung eines durch Operation gewonnenen Tumors, den Verf. als spindelzelliges, alveolär gebautes Sarkom auffaßt. Seinen Ausgangspunkt soll es von den bindegewebigen Anteilen des Myoms nehmen.

Linzenmeier (Berlin).

Digitized by Google

Darm.

56) **Robert C. Kemp** (Neuyork). **Die Beziehungen von Adhäsionen und Darmknickungen infolge von Enteroptose zu chronischer Obstipation.** (New York med. journ. Bd. XVIII.)

Mit Hilfe des Skiagramms lassen sich oft Enteroptosen, die zu schwerer Obstipation geführt haben, auf Abknickungen und pathologische Fixationen des Darmes zurückführen. Mastkuren und Leibbinden sind natürlich in solchen Fällen zwecklos, die Therapie kann nur eine chirurgische sein. Die Lösung von Verwachsungen ist therapeutisch unsicher, da sich in zwei Fällen des Verf.s neue Adhäsionen, die einen zweiten Eingriff erforderten, im Anschluß an die Operation ausbildeten. Sicherer ist die Ausschaltung des deszendierten Darmteils (Colon transv.) durch Enteroanastomose ev. durch Resektion. Schottelius (Hamburg).

57) **Dupont. Die Drainage des Darmtraktus bei der Behandlung des peritonitischen Ileus.** (Arch. mens. d'obst. et de gyn. 1913. Januar.)

Auf Grund eigener Erfahrungen und eines ausgedehnten Literaturstudiums kommt der Verf. zu folgenden Schlüssen:

1) Man soll den Darmkanal drainieren, ebenso wie man die Bauchhöhle drainiert, in allen Fällen von Peritonitis, die zum Darmverschluß führen und vielleicht auch bei den anderen Fällen.

2) Die Operation muß zeitig ausgeführt werden, spätestens am 2. oder 3. Tage; aber auch später soll noch ein Versuch gemacht werden, da auch dann noch ein Erfolg zu erwarten ist.

3) Die Enterostomie soll am Dünndarm, und zwar prinzipiell oberhalb der gelähmten Stelle, praktisch an der vorliegenden Darmschlinge, angelegt werden.

4) Die Darmfistel schließt sich in der Hälfte aller Fälle von selbst. Man soll mindestens 6 Monate warten, ehe man eine neue chirurgische Operation vornimmt, wenn es sich nicht gerade um eine Jejunumfistel handelt.

5) Die Enterostomieöffnung kann zur Injektion von Stimulantien, Kochsalzlösungen usw. dienen. Engelmann (Dortmund).

58) **F. de Quervain** (Basel). **Diagnostische Irrtümer bei der Appendicitis.** (Revue méd. de la Suisse romande 1913. Nr. 7.)

Auf 1723 Fälle, die als Appendicitis operiert wurden, fanden sich 94, d. h. 5½%, wo die Diagnose nicht stimmte. Unter diesen Fällen fanden sich Perforationen von Magen- und Darmulcera, Ileus, akute Pankreatitis, Mesenterialthrombose, Kolitis, Pneumokokkenperitonitis, Leberabszeß, subphrenischer Abszeß, Helminthiasis, Cholecystitis, Nephrolithiasis, Nierentuberkulose, Abort, akute Salpingitis, Tubarabort und Tubenruptur, intraabdominale Tubenmenstruation, Ovarialtorsionen, Ruptur und Torsion von Ovarialcysten, Pneumonie, Typhus, Röteln, Nephritis, Simulation. Verf. bespricht ganz kurz die Differentialdiagnose. Der einzige Pat. von den unter falscher Diagnose Operierten ging nicht an der Operation, sondern an seiner Nephritis zugrunde. F. König (Bern).

59) **J. Blair** (Wigan). **Ein brauchbares Zeichen bei akuter Appendicitis.** (Brit. med. journ. 1913. Juni 14.)

Verf. hat in allen Fällen von akuter Perityphlitis gefunden, daß sich eine auffallende Stauung der Vena circumflexa ilium superficialis dextra feststellen läßt.

Sieber (Grunewald-Schmargendorf).

60) **O. V. Huffmann. Mukokele des Appendix.** (Proceedings of the New York pathol. soc. 1912. November u. Dezember.)

Verf. berichtet über einen Fall von Mukokele des Appendix, d. h. ein mit

Digitized by Google

Schleimcysten gefülltes falsches Divertikel, entstanden durch hernienartige Ausstülpung der Mucosa und Submucosa durch die Muskelwand des Appendix infolge eines vorausgegangenen entzündlichen Prozesses. — Vier weitere Fälle werden von drei Diskussionsrednern angeführt. Michel (Koblenz).

61) **W. A. Lane (London). Über chronische Intestinalstase.** (Surgery, gynecol. and obstetr. Vol. XVI. Nr. 6.)

Die Intestinalstase, die durch Autointoxikation eine außerordentlich große Rolle bei der Pathogenese vieler Krankheiten spielt, wird am häufigsten bedingt durch Behinderung der Darmpassage an den normalen Fixationsstellen oder an erworbenen Knickungen des Darmtraktus. Am wichtigsten ist dabei die Flexura duodeno-jejunalis, wo es durch Zug des abnorm gefüllten Jejunums zur Abknickung kommen kann. Gegen diese Knickung hilft sich die Natur zuweilen selbst durch Bildung sekundärer Bänder, die am günstigsten wirken, wenn sie den Dünndarm an der Rückfläche des Mesocolon transversum fixieren. Deshalb soll man diese Art der Fixation auch nachahmen, wenn man eine solche Knickung operativ behandelt. Die weitere Ursache des Knickes an der Flexura duodeno-jejunalis ist jedoch, wie gesagt, eine abnorme Füllung des Jejunums, wie sie besonders durch Passagehindernisse an der Ileo-Coecalverbindung bedingt wird. Die rein medikamentöse Therapie der Intestinalstase führt gewöhnlich nicht zum Ziele. Besser wirkt oft eine Erleichterung der Darmpassage durch häufige Gaben von Paraffinum liquidum und Besserung der Enteroptose durch passende Bandage. Wo man damit nicht auskommt, soll operiert werden. Die Beseitigung der Abknickung an der Duodenojejunalverbindung genügt gewöhnlich nicht. Wenn die Passage im unteren Teile des Ileums durch abnorme Bänder oder Knickungen behindert ist, genügt zuweilen deren Beseitigung. In den meisten Fällen ist jedoch die Ausschaltung des Kolon und Einpflanzung des Ileum in das Colon pelvinum vorzuziehen, entweder mit oder ohne Exstirpation des Dickdarms. Denn meistens ist die Stauung im Dickdarm die Hauptursache der Dünndarmstauung.

Robert Stern (Offenbach).

62) **J. Y. Brown (St. Louis). Der Wert der vollkommenen physiologischen Ruhe des Dickdarms bei der Behandlung gewisser ulzerativer und obstruierender Erkrankungen dieses Organs.** (Surgery, gynecology and obstetrics Vol. XVI. Nr. 6.)

Bei gewissen Fällen von Colitis mucosa und ulcerosa sowie Dickdarmobstruktionen durch Neubildung gab folgende Methode der Dickdarmausschaltung gute Resultate: Das Ileum wurde dicht vor seiner Mündung vom Coecum abgeschnitten und in die Bauchdecken implantiert, ferner wurde nach Appendektomie, Durchtrennung von eventuell vorhandenen Coecumadhäsionen und Verschluß des distalen Ileumendes eine Coecostomie angelegt, deren Technik im einzelnen im Original nachzulesen ist. So war es möglich, das erkrankte Kolon vollkommen ruhig zu stellen und mit Durchspülungen von der Coecostomie aus zu behandeln. Nach Heilung des Dickdarms machte die Reimplantation des Ileums niemals Schwierigkeiten.

Robert Stern (Offenbach).

63) **Recksch. Zur Frage der Entstehungsursache der Hämorrhoidalknoten.** (Deutsche med. Wochenschrift 1913. Nr. 19. p. 895.)

Bei einer jüngeren, an starker Retroflexio uteri leidenden Frau bildete sich 2 Tage nach Einlegung eines etwas zu großen Hodgepessars unter heftigsten Schmerzen im Anus ein etwa kirschgroßer Hämorrhoidalknoten aus, der sich nach Entfernung des Pessars in kurzer Zeit zurückbildete. Ein passendes Pessar, das später eingelegt wurde, löste keine Beschwerden aus. Behne (Kiel).

Digitized by Google

Menstruation.

64) **Catherine Chisholm. Molimina menstrualia.**
(Journ. of obst. and gyn. of the brit. empire Vol. XXIII. 1913. Mai. p. 288.)

Verfasserin sucht die Frage zu entscheiden, ob die so häufig geschilderten Beschwerden bei der Menstruation Erwachsener als normal anzusehen sind oder als im Laufe des Lebens hinzugekommene Schädigungen. Sie stellte zu dem Zwecke Anfragen bei 500 Schulmädchen der mittleren Bevölkerungsklasse und fand, daß unter diesen in weitaus der größten Zahl keine Störungen oder Beschwerden bei der Menstruation bestanden. Bei den meisten setzte die Menstruation das erstemal ohne Schmerzen ein. 58,6% waren von jeder Störung während der Menstruation frei. 14,4% hatten nur leichte, gelegentlich auftretende, 19,2% kaum fühlbare Schmerzen. Starke Schmerzen hatten 7,8%, Schmerzen, die das Allgemeinbefinden für einige Tage beeinträchtigten, 1,8%. Mehr als 2 oder 3 Tage hielten die Beschwerden bei 1,2% an. Die am besten entwickelten Mädchen hatten die geringsten menstruellen Beschwerden und auch nach harter Arbeit traten keine Störungen bei ihnen ein. Hans Schlimpert (Freiburg).

65) **J. H. Carstens (Detroit). Dysmenorrhöe.** (Clevel. med. journ. 1913. April.)

Verf. teilt diese Erkrankung ätiologisch in konstitutionelle und lokale Fälle ein. Reine ovarielle Dysmenorrhöe ist sehr selten; häufig werden hierfür septische Beckenprozesse, die gewöhnlich von der Tube ausgehen, angesprochen. Auch infantile oder vorzeitig atrophierte Uteri geben nicht selten zur Dysmenorrhöe Anlaß. Letztere gehen infolge des Nichtgebrauchs des Muskels Atrophie und bindegewebige Verhärtung ein. Großer Wert muß auf die körperliche Entwicklung der jungen Mädchen gelegt werden. Von all den Dutzenden von Heilmitteln hat sich dem Verf. nur das Ergotin bewährt. In Pillen 3mal täglich eventuell mit Zusatz von Eisen, Strychnin, Aloe usw. mehrere Monate lang. Gravidität bringt oft Heilung. Doch werden solche Frauen leider selten gravid. Verf. hat sich ein uterines Stielpessar aus Silber konstruiert, welches auf den Uterus reizend wirken, die spärlichen Menses verstärken, die Muskulatur zur Kontraktion anregen und damit besser entwickeln soll. Zugleich kann auch eine pathologische Anteflexion korrigert werden. In wenigen Monaten kann ein unterentwickelter Uterus dadurch eine normale Größe erreichen. Natürlich ist die Anwendung des Stielpessars nur bei Abwesenheit sonstiger Beckenerkrankungen angezeigt. Eingelegt wird das Pessar unter aseptischen Kautelen und in Narkose, danach 2 Tage Bettruhe. Das Pessar wird ohne jede Störung einige Jahre getragen.

Sieber (Grunewald-Schmargendorf).

66) **F. E. Clough (Lead, S. Dakota). Ein interessanter Fall von Hämophilie, der mit wiederholten Injektionen von Pferdeserum behandelt wurde.** (Journ. amer. med. assoc. Bd. LXI. Nr. 2.)

Pubertätsmenorrhagien bei einem 14jährigen Mädchen wurden nach vergeblicher Medikation von Stypticin, Secale, Kalzium, Chlorid usw. durch Pferdeseruminjektion von 30 ccm, die in Abständen von 3—4 Monaten wiederholt wurden, mit bestem Erfolg behandelt. Schottelius (Hamburg).

Originalmitteilungen und Referate für das Zentralblatt wolle man an *Prof. Dr. W. Stoeckel* in Kiel, Monographien, Sonderdrucke und Bücher-sendungen an *Prof. Dr. W. Stoeckel* oder an die Verlagshandlung von *Johann Ambrosius Barth*, Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. W. Stoeckel in Kiel.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Digitized by Google

Zentralblatt für Gynäkologie

begründet von HEINRICH FRITSCH

herausgegeben von

WALTER STOECKEL in Kiel.

37. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 41. Sonnabend, den 11. Oktober 1913.

Inhalt.

85. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Wien.
Lindemann, Wehenerregende Substanzen. — Aschner, Ovarialnervendurchschneidung. — Aschner, Vorzeitige Placentarlösung. — Mayer, v. Winiwarter, Hiess u. Lederer, Waldstein und Ekler, Abderhalden's Reaktion. — v. Graff, Gravidität und Karzinom. — Richter und Hiess, Günstigstes Alter bei der ersten Geburt. — Miller, Retinitis albuminurica. — J. u. S. Bondi, Schwangerschaftsniere. — Hofmeier, Schädelimpression. — P. Zweifel, Wochenbettfieber. — E. Zweifel, Lachgas-Sauerstoffnarkose. — Schmid, Rotter, Opitz, Hartmann, Weibel, Beckenerweiternde Operationen und Kaiserschnitt. — Werner, Schwangerschaftsunterbrechung bei Tuberkulose. — Wagner, Gefahren des Hypophysenextraktes. — Kolisch, Thaler, Eklampsie. — Neuwirth, Hoher Forceps. — Frommer, Portioerweiterung. — Theilhaber, Franki, Karzinom. — Seeligmann, Dessauer, Sellheim, Reifferscheid, Scherer und Kelen, v. Graff, Kreuzfuchs, Latzko, Strahlentherapie in der Gynäkologie.
Originalien: I. M. Stolz, Die vaginale Untersuchung der Kinder. — II. E. Herz, Hypophysenextrakte bei Placenta praevia.
Becken: 1) Rotter, 2) Dührssen, 3) Freudenthal, Enges Becken. — 4) Winuchin, Symphysenruptur. — 5) Planchu, Rachitische Kyphoskoliose. — 6) de Inos, Osteomalakie.
Graviditäts- und Geburtskomplikationen: 7) Fraipont, Chorea. — 8) Marek, Schwangerschaftstoxikosen. — 9) Ballerini, Quincke'sche Krankheit. — 10) Vogt, Morbus Addisonii. — 11) Kowner, Uterustumoren. — 12) Reed, Ruptur eines Nabelschnurbruches.
Vulva und Vagina: 13) Weber, 14) Tomaselli, Pfählungsverletzung. — 15) Savaré, 16) Leonhardt, Vulvakarzinom. — 17) Fornero, Neubildung der äußeren Genitalien. — 18) Liepmann, Antifluor.
Fötus und Neugeborenes: 19) Kassowitz, Rachitis. — 20) Hewat, Foetus papyraceus. — 21) Tropper, Gewichtsabnahme der Neugeborenen. — 22) Cloack, Infantile Diarrhöe. — 23) Gildemeister und Baerthlein, Bakteriologie des Säuglingsdarmes. — 24) Snow, Hautkrankheiten. — 25) Lurie, Urinsammler.
Asepsis und Antisepsis: 26) Dobbert, Laparotomie. — 27) Kutscher, Händedesinfektion mit Bolus. — 28) Ozaki, Alkoholdesinfektion. — 29) Jüngling, Jodtinktur. — 30) Brüning, Einfacher Handschutz. 31) Wolff, Zur Catgutfrage.

85. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Wien.

Berichtet von

Dr. Rudolf Ekler in Wien.

1. Sitzung vom 22. September 1913.

Vorsitzender: Schauta (Wien).

I. W. Lindeman (Halle a. S.): Über Natur und Verbreitung wehenerregender Substanzen im Körper.

Zur Entscheidung der Frage, ob die vasokonstriktorischen Substanzen eine allgemeinere Verbreitung im Körper besitzen als bis jetzt bekannt ist, wurden gemeinsam mit Aschner Extrakte aus Thyreoidea, Pankreas, Zirbeldrüse, Ovarium, Corpus luteum und Darmschleimhaut in der von der Firma Hoffmann La Roche zur Verfügung gestellten wäßrigen Form mit der Methodik des Ka-

Digitized by Google

ninchenohrs von Bissenski einer Prüfung unterzogen. Es hat sich herausgestellt, daß außer der Nebenniere und Hypophyse auch die Thyreoidea, Pankreas, Zirbeldrüse und besonders Darmschleimhaut in Form der oben erwähnten Extrakte eine deutliche Vasokonstriktion hervorrufen. Vermißt wurde diese Eigenschaft bei Ovarium und Corpus luteum. Bei der Prüfung dieser Extrakte auf die wehenerregende Fähigkeit wurde konstatiert, daß Enteroglandol, Thyreoglandol, Pankroglandol und Epiglandol in absteigender Reihenfolge imstande sind, Wehen hervorzurufen. Besonders ausgeprägt war diese Eigenschaft beim Enteroglandol, so daß nach Injektion der Präparate in manchen Fällen die Geburtsdauer wesentlich abgekürzt werden konnte. Die Konstanz der Wirkung war aber nicht immer vorhanden, was seinen Grund in einer Unempfindlichkeit des Organismus haben kann. Außerdem ist die Menge der wehenerregenden Substanz nicht immer die gleiche im Ausgangsmaterial, sondern schwankt erheblich. Es wird vermutet, daß Verdauungsvorgänge hier einen Rolle spielen, außerdem wird auf die Möglichkeit eines Unterschiedes zwischen Pflanzen- und Fleischfresser in dieser Beziehung hingewiesen. Ovarium und Corpus luteum wirkten nicht wehenerregend. Im allgemeinen kann man aus der Vasokonstriktion auf Wehenerregung schließen, jedoch nicht auf die Intensität der Wehen.

Über die Natur der wehenerregenden Körper läßt sich sagen, daß sie wahrscheinlich zum großen Teile untereinander verwandt sind und sogenannte »proteinogene Amine« darstellen.

IIa. Aschner (Halle a. S.): Über den Einfluß der Ovarialnervendurchschneidung auf das Ovarium.

Man ist seit langem bemüht, die einzelnen innersekretorischen Gewebsbestandteile des Ovariums morphologisch und funktionell zu trennen und die Wirkung jedes einzelnen getrennt zu studieren. Durch Röntgenbestrahlung ist es zwar gelungen, vorwiegend den Follikelapparat zu zerstören; die isolierte Schädigung der interstitiellen Eierstocksdrüse durch lokale, nicht den Gesamtorganismus betreffende Einwirkungen war bisher nicht möglich.

Analog den Versuchen von Bouin und Ancel, welche nach Durchschneidung der zuführenden Nerven des Hodens Atrophie der Zwischenzellen gefunden haben, hat Vortr. in verschiedenen Kombinationen die Nerven des Ovariums durchschnitten; es ist damit tatsächlich ein Mittel gefunden worden, um am Ovarium bei Erhaltenbleiben des Follikelapparates die interstitielle Eierstocksdrüse zur Atrophie zu bringen.

Die histologisch nachgewiesenen Veränderungen an transplantierten Ovarien und an den nach Uterusexstirpation zurückgelassenen Ovarien lassen sich demnach durch den bloßen Wegfall der Nerven allein schon erklären. Die im besonderen Gefolge der letztgenannten Operation oft eintretenden Ausfallserscheinungen bei der Frau würden demnach ihre Begründung in dem Zugrundegehen der interstitiellen Eierstocksdrüse nach Durchtrennung der vom Uterus heranziehenden Nerven finden.

Es läßt sich daraus die praktische Schlußfolgerung ziehen, daß man, wenn man der Frau nach Uterusexstirpation die Ausfallserscheinungen ersparen will, nicht nur die Ovarien zurücklassen, sondern auch die vom Uterus heranziehenden Nerven möglichst schonen muß.

Theoretisch wird es an der Hand dieser Methode möglich sein, die Veränderungen am Genitale, an den sekundären Geschlechtscharakteren, am Knochenwachstum und Stoffwechsel zu beobachten, welche nach isolierter Atrophie der interstitiellen Eierstocksdrüse in Erscheinung treten.

Digitized by Google

IIb. Aschner (Halle a. S.): Zur Lehre von der vorzeitigen Placentarlösung.

Als Ätiologie der vorzeitigen Placentarlösung kommt bekanntlich neben Trauma und Endometritis vor allem die Nephritis in Betracht. An einem Falle von vorzeitiger Placentarlösung bei normalem Sitz wurden vor der Entbindung 15‰ Eiweiß im Harn gefunden; tags nach der Entbindung kein Eiweiß mehr. Das betreffende Harneiweiß reagierte nach der Abderhalden'schen Dialysiermethode wie Placentareiweiß, d. h. es wurde vom Schwangerenserum abgebaut, vom Serum Nichtschwangerer dagegen nicht. Es kann sich also hier nicht um chronische Nephritis, sondern nur um Schwangerschaftsniere gehandelt haben, entstanden dadurch, daß das während der Schwangerschaft in die Blutbahn eingedrungene Pacentareiweiß mangels an Schutzfermenten nicht abgebaut werden konnte und so zur Albuminurie geführt hat. Auf dem Gynäkologenkongreß in Halle hat Vortr. dasselbe Verhalten bereits für eine Reihe von unkomplizierten Schwangerschaftsnephritiden nachgewiesen.

Gleichzeitig wird an der Hand von Präparaten auf einen charakteristischen Befund an vorzeitig gelösten Placenten hingewiesen, darin bestehend, daß eine jede solche Placenta an der Stelle des retroplacentaren Hämatoms ein von normalem Placentargewebe umrandetes Loch aufweist. Die Kotyledonen sind an dieser Stelle komprimiert, von den einzelnen Schichten der Placenta fehlt trotz der starken Abplattung derselben nichts. Die Schädlichkeit des placentaren Eiweißes kann also in solchen Fällen in gleicher Weise den Effekt der Albuminurie wie auch den mechanischen Effekt der Ablösung der Placenta bewirken.

Veit nimmt für letzteren Vorgang eine rein mechanische Einwirkung des Placentareiweißes an, nämlich Verstopfung der abführenden uterinen Gefäße durch Placentarzotten.

III. A. Mayer (Tübingen): Über das Abderhalden'sche Dialysierverfahren.

M. berichtet über 181 untersuchte Fälle und über die daraus sich ergebenden Gesichtspunkte.

Die Schwangeren haben fast alle positiv reagiert. Wo ausnahmsweise eine negative Reaktion herauskam, ließ sich diese meistens irgendwie erklären. Von großem Interesse ist der Ausfall der Reaktion bei den Schwangerschaftstoxikosen, Emesis und Eklampsie. Vielleicht läßt sich da der Ausfall der Reaktion zur Prognose benutzen.

Schutzkörper gegen Placentargifte fanden sich außer im Serum auch in der Muttermilch und im Serum der Neugeborenen, aber nicht im Fruchtwasser.

Da, wo Nichtschwangere Placenta abbauten, handelt es sich sehr oft um Karzinompatienten.

Voraussichtlich kann die Diagnose des Karzinoms und des Karzinomrezidivs aus der Abderhalden'schen Reaktion Nutzen ziehen. Im karzinomatösen Ascites fanden sich auch Schutzkörper gegen Karzinom.

Abbau von Myom spricht für eine vom Myom ausgehende, chemische Beeinflussung des Körpers. Das Serum der Myompatientinnen baute regelmäßig Eierstockssubstanz ab.

Außerdem wurde Eierstockssubstanz abgebaut bei Dysmenorrhöe, Hypoplasie, Dermoiden, Osteomalakie, Adipositas, Myxödem, klimakterischer Neurasthenie und Basedow. Die Abderhalden'sche Reaktion stellt uns vor ganz neue Fragen und gibt der Forschung eine ganz neue Richtung.

Digitized by Google

IV. v. Winiwarter (Wien): Unsere Erfahrungen über die Abderhalden'sche Schwangerschaftsreaktion.

Verf. hat zusammen mit Dr. Werner die Abderhalden'sche Schwangerschaftsreaktion in 285 Fällen geprüft. Genaue Technik nach den neuesten Vorschriften Abderhalden's. Die Reaktion war positiv bei Schwangerschaft, meistens auch bei Karzinom und manchmal bei Entzündung, doch kamen auch negative Reaktionen bei sicherer Gravidität vor. Die Ursache für die Fehldiagnose sehen die Verf. in der Verschiedenheit der Schläuche. Von jedem Falle wurden 10—12 Proben angestellt. Unter 10 Proben Serum + Placenta waren bei einem Serum einer Graviden 1—6 Proben negativ, dagegen unter 6 Proben Serum allein 1—3 Proben positiv. Serum von Karzinomkranken, Entzündungen zeigten ähnliche Relation. — Wegen dieses ungleichmäßigen, gesetzlosen Verhaltens auch geeichter Schläuche können die Verff. den praktischen Wert des Dialysierverfahrens nicht anerkennen.

V. Hiess und Lederer (Wien): Zur Abderhalden'schen Schwangerschaftsdiagnose.

Vortr. weisen zunächst auf ihre früher publizierten Fälle hin. Seither arbeiten sie nach den verschärften, neuesten Vorschriften Abderhalden's. Die Sera aller Gravider reagierten auf Placenta positiv. Die von Nichtschwangeren negativ. Nur Uteruskarzinome, fiebernde, eitrige Adnexerkrankungen gaben eine positive Reaktion. Ein Fall von Hyperemesis baute Placenta nicht ab, ein Fall von Chorionepitheliom reagierte vor der Operation positiv, 14 Tage nach der Operation negativ. Auf Grund ihrer Versuche kommen die Vortr. zu dem Schluß, daß der Bewies für die behauptete Spezifität der Abwehrfermente während der Gravidität nicht einwandfrei zu erbringen ist, und daß daher die Resultate der Untersuchung für klinische Zwecke mit Reserve zu verwerten sind.

VI. Waldstein und Ekler (Wien): Der Nachweis resorbierten Spermas im weiblichen Organismus.

Die Verff. werfen die Frage auf, was ist das Schicksal der Billionen von Spermatozoen, die gelegentlich einer Kohabitation dem weiblichen Organismus einverleibt werden. Nach Experimenten an Nagetieren wären drei Möglichkeiten denkbar, entweder die Spermatozoen werden aus dem Uterus post cohab. wieder ausgestoßen oder sie dringen in die Zellen der Gebärmutter ein oder sie gelangen zur Resorption. Den Nachweis der letzteren haben die Verff. an Kaninchen mittels des Dialysierverfahrens (nach Abderhalden) zu führen versucht. Sie ließen sich von dem Gedanken leiten, daß wenn Sperma post coit. resorbiert würde, im weiblichen Organismus Fermente vorhanden sein müßten, die spermahaltige Organe, also Hoden, abzubauen imstande wären. Es wurde zunächst festgestellt, daß das Serum von Kaninchen und nicht gravider Weibchen keine hodenabbauende Fermente besitzt. Auf Grund weiterer Experimente dagegen ergab sich, daß das Blut besprungener Tiere Hodensubstanz abzubauen imstande ist, und zwar ist das Ferment ein spezifisches, da andere Organe (Placenta, Muskulatur, Niere) nicht abgebaut wurden. Auch gravide Tiere reagieren auf Hodensubstanz positiv, doch ist die Reaktion unmittelbar post coitum viel stärker als während der Gravidität. Trotzdem glauben die Verff., daß die Reaktion durch die Resorption des Spermas und nicht durch das befruchtete Ei zustande kommt. Denn erstens tritt die Reaktion bereits einige Stunden post cohab. auf, also zu einer Zeit, wo das befruchtete Ei mit der Mutter noch in keinem biologischen Zusammenhange steht, zweitens konnte oft post cohab. positive Hodenreaktion konstatiert werden, ohne daß das Tier gravid wurde. Die positive Reaktion während der

Digitized by Google

Schwangerschaft kommt nach der Meinung der Verff. so zustande, daß die Placenta foetalis, die ja von Spermatozoen abstammt, ein ähnlich wirkendes Ferment wie Spermatozoen, nämlich ein hodenabbauendes liefert.

Wenn sich die am Tier gewonnenen Beobachtungen auf das menschliche Weib übertragen lassen, so können manche Erscheinungen, die beim Weibe nach sexuellem Verkehr auftreten, erklärt werden. Die erzielten Resultate eröffnen die Perspektive — und vom forensischen Standpunkte wäre es sehr wichtig — die stattgefundene Kohabitation im Reagenzglas nachweisen zu können.

Diskussion zu II—VI.

Jung (Göttingen): Die Durchschneidung der Nerven am Genitale ist sehr schwierig, weil noch immer Gefäße zurückbleiben, die Nerven tragen.

Aschner (Halle a. S.) (Schlußwort): Die Ovarien wurden 3 Monate nach der Operation untersucht. Die Gefäße wurden weit vom Hilus entfernt durchtrennt.

P. Zweifel (Leipzig) stimmt den Ausführungen Aschner's bezüglich der Placentarlösung zu.

Frankl (Wien): Die Ursache der vorzeitigen Placentalösung ist eine Blutdrucksteigerung, die verschiedene Ursachen haben kann.

Mayer (Tübingen) hat Hodenreaktion beim Menschen angestellt. Er wirft die Frage auf, ob die Eklampsie eine Spermaintoxikation sei, konnte aber bei seinen Eklampsiefällen einen Abbau von Hoden nicht konstatieren.

Ahrens (Jena) hat drei Fälle post abortum untersucht, die auf Placenta positiv reagieren.

E. Freund (Wien): Die Diskussion hat zwei direkt entgegengesetzte Ansichten über die diagnostische Verwertbarkeit der Abderhalden'schen Reaktion zum Ausdruck gebracht. Es freut Vortr. von vornherein sagen zu können, daß seine Erfahrungen einen vermittelnden Standpunkt einzunehmen gestatten.

Er muß den Herren zustimmen, die sagen, daß auch nicht spezifische Sera positive Ninhydrinreaktion geben, sowie daß die Hülsen neuerdings unverläßlich sind: trotzdem ist die Reaktion diagnostisch verwertbar. Vortr. hält jene Färbung für charakteristisch, die man erhält, wenn man 4—5 Tropfen 5%iger Witte-Peptonlösung in 5 ccm Wasser der Ninhydrinreaktion unterzieht. Bei Beurteilung der Abderhalden'schen Reaktion muß man analog wie bei der Präzipitation lernen, ohne den spezifischen Charakter der Reaktion in Abrede zu stellen, die Fehlerquellen, die aus der Vielfältigkeit der Krankheitserscheinungen entstehen, zu eliminieren.

Solche Fehlerquellen lassen sich schon heute feststellen. Sie liegen zum Teil im verwendeten Gewebe, zum Teil im verwendeten Serum.

In dem Karzinomgewebe befindet sich auch Bindegewebe, Blutgefäße, hier und da normales Drüsengewebe. Es ist ganz gut möglich, daß gewisse schwache Reaktionen auf dem Abbau dieser fremden Elemente beruhen. Gegen diesen Fehler könnte man wohl am leichtesten ankämpfen durch Verwendung von isoliertem Zellenmaterial.

Eine zweite Fehlerquelle kann im Serum liegen, dessen Wirkung erst dann als spezifisch anzusehen wäre, wenn es eben nur Karzinomgewebe und kein anderes abbaut.

Und schließlich wäre noch an eine Fehlerquelle zu denken. Die spezifische Eigenschaft des Serums brauchte nicht eine Folgeerscheinung des spezifischen Gewebes zu sein, sie könnte auch daher rühren, daß für den Aufbau des spezifischen Gewebes spezifische Fermente im Blute vorhanden wären. Dann aber wäre es

Digitized by Google

auch denkbar, daß entsprechend dem zeitweisen Stillstande oder der Rückbildung eines Gewebes auch im Blute die betreffenden Ernährungsfaktoren verringert sein oder fehlen können.

Es scheint dem Vortr. daher notwendig, davor zu warnen, das Kind mit dem Bade zu verschütten. Es wird nur nötig sein, an der Reaktion jene Modifikationen durchzuführen, die durch die Vielfältigkeit der Krankheitserscheinungen notwendig sind.

Kaminer (Wien): Das Wesentliche in der Technik der Abderhalden'schen Fermentreaktion ist wohl die Trennung der Abbauprodukte des Eiweißes vom Eiweiß selbst. Abderhalden bediente sich zu diesem Zwecke des Dialysierverfahrens. Da aber die Hülse, die dabei zur Verwendung kommen muß, oft nicht den Anforderungen entspricht, für das Eiweiß undurchlässig, für seine Abbauprodukte aber durchlässig zu sein, haben Herr Vorstand Dr. Freund und Vortr. eine Methode ausgearbeitet, wobei diese Trennung durch ein Koagulationsverfahren erreicht wird.

Sie gehen dabei folgendermaßen vor: In gewöhnliche Kocheprouvetten gibt man 2 ccm des zu untersuchenden Serums und 1 g fein verteiltes gekochtes Karzinomgewebe und überschichtet es mit 2 ccm Toluol. Die Probe wird 20 Stunden im Brutschrank belassen. Nach dieser Zeit wird das Toluol abpipetiert und zur Probe werden vier Tropfen einer 5%igen Essigsäure und 4 ccm einer 5%igen Natriumsulfatlösung gesetzt. Die Flüssigkeit wird nun 20 Minuten im Wasserbad aufgekocht, nach welcher Zeit das Eiweiß genügend koaguliert ist. Hierauf wird durch ein angefeuchtetes Filter filtriert, mit 4 ccm destillierten kochenden Wassers nachgewaschen und das so gewonnene klare, saure Filtrat nochmals aufgekocht und filtriert, um jede Spur Eiweiß wegzubringen. — Man kann sich auch durch irgendeine andere Eiweißprobe leicht überzeugen, ob das Filtrat eiweißfrei ist. Mit diesem eiweißfreien Filtrat wird nun die bekannte Ninhydrin- und Biuretprobe angestellt. Als Kontrolle haben sie ursprünglich in derselben Weise das Serum ohne Gewebe verarbeitet. In letzter Zeit haben die Vortrr. die Kontrolle geändert. Es hat sich nämlich gezeigt, daß es Sera gibt, die ein allgemein erhöhtes, tryptisches Verdauungsvermögen besitzen. Solche Sera bauen nicht nur Karzinomgewebe, sondern auch alle anderen Organe auf. Sie bauen nämlich nicht das spezifische Eiweiß des zugesetzten Gewebes, sondern, wenn man so sagen darf, das Eiweiß katexochen ab. Um gegenüber dieser Täuschung sich zu schützen, haben sie als Kontrolle in der früher beschriebenen Weise nicht das Serum allein, sondern das Serum mit ninhydrinfreigekochtem Serumeiweiß versetzt aufgestellt.

Vortr. hat mit Seren, die von der k. k. Krebsgesellschaft aus der Klinik Prof. Riehl's stammten, neben der Zellreaktion auch die Abderhalden'sche Reaktion mit und ohne Hülse angestellt. Von 92 sichergestellten Fällen waren 45 Karzinomsera und 47 Sera anderer Kranker. Unter den 45 Karzinomseris reagierten 44 positiv, 1 Fall negativ. Dieses negativ reagierende Serum betraf einen Pat. mit weitausgebreitetem Magenkarzinom. Von den 47 karzinomfreien Fällen reagierten 46 negativ, 1 Fall positiv. Dieser positive Fall betraf eine hochfiebernde Sepsis mit multiplen Eiterungen.

A. Mayer (Schlußwort): Wenn ich Herrn Aschner richtig verstanden habe, so nimmt er an, daß bei der vorzeitigen Ablösung der Placenta toxische Einflüsse mitspielen. Das würde sich decken mit unseren Anschauungen, wie sie in der Dissertation von Herrn Barchet niedergelegt sind.

Der Vortrag des Herrn Waldstein hat mich sehr interessiert. Wie ich schon

Digitized by Google

in Halle mitteilte und auch im Zentralblatt für Gynäkologie publizierte, beschäftige ich mich schon seit längerer Zeit mit dem Verhalten des Serums gegen Hodensubstanz vor und nach dem Koitus. Ich ging noch einen Schritt weiter und versuchte, in eben diesem Verhalten des Serums einen Anhaltspunkt zu finden für das Studium der heißumstrittenen Frage, ob sexuelle Abstinenz schädlich sei oder nicht. Da ich am Menschen arbeite, sind meine Erfahrungen noch zu klein, um über Resultate zu berichten.

Weitere Überlegungen, die ich der Kürze halber nicht genauer ausführe, brachten mich auf den Gedanken, ob die Eklampsie nicht einfach eine Spermaintoxikation sei. Von diesen Überlegungen aus habe ich das Serum unserer letzten Fälle von Eklampsie nach dem Abderhalden'schen Verfahren auf seine Abbaufähigkeit von Hodensubstanz studiert. In den bis jetzt untersuchten Fällen wurde nie Hodensubstanz abgebaut.

Zu den Vorträgen über das Abderhalden'sche Dialysierverfahren muß ich zunächst sagen, daß meine Resultate denen der Herren Vorredner widersprechen. Die Gründe ihrer Mißerfolge kenne ich nicht, da ich keinen Einblick in ihre Technik habe. Aber einige Punkte möchte ich doch herausgreifen. Einer der Herren hat gesagt, daß er sich gewöhnlich mit zwei Reaktionen (Serum allein und Serum plus Placenta) begnügte. Wie ich in meinem Vortrag zeigte, genügt das oft nicht. Zu einer Diagnose ist oft eine Kombination von Reaktionen nötig.

Sodann hat einer der Herren folgendes Beispiel gebracht und daraus Vorwürfe für die Abderhalden'sche Reaktion abgeleitet:

I. Serum allein positiv,
II. Serum plus Organ negativ.

Ich würde da zu allererst fragen ob nicht die Hülse I für Eiweiß durchlässig war, was sie nicht soll und ob nicht die Hülse II für Pepton undurchlässig war, was sie auch nicht soll.

Daß einer der Herren seine Hülsen zur Reinigung nicht mehr kocht, halte ich nicht für richtig. Es kommt sehr viel darauf an, daß wir chemisch rein arbeiten. Dafür schreibt Abderhalden Auskochen der Hülsen vor.

Schließlich möchte ich noch bemerken, daß unter Umständen dieselbe Placenta mit demselben Serum verschieden reagieren kann, dann, wenn man nicht gleichwertiges Gewebe hat. Ich habe am Beispiel der Blasenmole gezeigt, daß die Reaktionen verschieden ausfallen können. Den Grund dafür erblicke ich darin, daß man als Substrat bald Bläschen, bald Stroma, also ein serologisch nicht gleichwertiges Gewebe verwendet.

Kurz, meine Ansicht ist die, die Abderhalden'sche Reaktion ist eine diffizile Sache. Manche Schwierigkeiten sind zu überwinden, bis man brauchbare Resultate bekommt. Aber das sind doch keine Fehler der Reaktion, sondern Fehler unserer Technik. Wir haben deswegen kein Recht, die Reaktion als unbrauchbar zu verwerfen. Vielmehr müssen wir uns technisch vervollkommnen. Dann erleben wir unsere Freude, dann eröffnet uns die Reaktion bisher ungeahnte Möglichkeiten der Forschung.

VII. v. Graff (Wien): Einfluß der Gravidität auf das Wachstum maligner Tumoren.

Vortr. führt aus, daß die allgemeine Ansicht verbreitet sei, daß das Karzinom besonders das der Gebärmutter in der Gravidität rascher wachse, und daß die Dauerresultate nach Radikaloperation durch Gravidität ungünstig beeinflußt werden. Diesen Anschauungen sind Zweifel und Wertheim entgegengetreten. v. G. erinnert an die Erfahrungen, die man beim Studium der atreptischen Im-

Digitized by Google

munität gewonnen habe. Das Wesen derselben beruhe darauf, daß, wenn man einem Tiere gleichzeitig oder nacheinander zwei Tumoren implantiert, der eine wächst, während der andere der Resorption verfällt. Zwischen wachsendem Ei und malignem Tumor bestehe eine gewisse Ähnlichkeit, danach wäre es möglich, daß es nach dem Gesetz der atreptischen Immunität zu einem Daseinskampf zwischen Ei und Karzinom kommen könne. Vortr. arbeitete mit Rattensarkom, als Versuchstiere bediente er sich trächtiger, weißer und weißschwarzer Ratten. Die Impfung wurde subkutan vorgenommen. Da ein großer Teil der Tiere sich als unbrauchbar erwies, verfügt er nur über 7 Experimente. Einmal war der Tumor bei dem trächtigen Tier ebenso groß wie bei dem Kontrolltier, einmal zeigte das Implantat eine raschere Größenzunahme als beim Kontrolltier, bei den fünf anderen war das Wachstum bei dem trächtigen Tier geringer als beim Kontrolltier oder fehlte ganz. Diese Experimente gestatten den Schluß, daß die Behauptung, daß das Bestehen einer Gravidität das Wachstum maligner Tumoren begünstige, nicht zu Recht besteht.

Diskussion zu v. Graff.

Teilhaber (München) behauptet, daß die Karzinome in der Schwangerschaft eine günstige Prognose geben. Experimente sollten nicht mit Sarkomen, sondern mit Karzinomen vorgenommen werden.

Frankl (Wien) konnte ebenfalls bei Mäuse- und Rattensarkomen in der Schwangerschaft eine Wachstumshemmung beobachten.

Hofmeier (Würzburg) behauptet, daß gerade in der Gravidität die Karzinome eine sehr schlechte Prognose geben.

Zweifel (Leipzig) schließt sich den Anschauungen Hofmeier's an, wobei er betont, daß die klinischen Erfahrungen gegen die Tierexperimente sprechen.

Sellheim (Tübingen): Die Karzinome jugendlicher Personen sind prognostisch schlechter als die bei älteren Personen, besonders schlechte Prognose geben die Karzinome in der Schwangerschaft.

Opitz (Gießen): Jugendliche Personen werden nur selten von Karzinom befallen. Der jugendliche Organismus hat offenbar einen größeren Widerstand gegen Karzinom. Wenn es aber jugendliche Personen befällt, so ist es besonders virulent.

v. Graff (Schlußwort): Nach den Erfahrungen der Klinik Wertheim ist die Prognose des Karzinoms in der Schwangerschaft besser.

VIII. Richter und Hiess (Wien): Über das günstigste Alter bei der ersten Geburt.

Angeregt durch die Arbeiten von Bondy und Marek prüften die Vortr. das Material der Klinik Schauta auf diese Frage hin nach. Das Material stammt aus den Jahren 1892—1911 mit 64 022 Geburten. Es wurden für die Statistik nur Erstgebärende verwendet, welche reife Früchte über 2500 g zur Welt brachten. Dieser Voraussetzung entsprachen 26 091 Erstgebärende. Die Vortr. fanden, daß die Geburtsdauer zwischen dem 17. und 25. Lebensjahr eine annähernd gleiche ist, vor dem 16. Lebensjahr länger dauere, nach dem 25. Lebensjahre allmählich wieder ansteige und das Maximum über dem 30. Lebensjahr erreiche. Operationen wurden ausgeführt in den Lebensjahren 17—26 ca. 1%, größer war der Prozentsatz bei den jüngeren Gebärenden, nach dem 26. Lebensjahr steigt die Zahl der Operationen wieder allmählich an. Störungen in der Nachgeburtsperiode fanden sich am häufigsten bei Frauen unter dem 18. Lebensjahre, am wenigsten bei Frauen zwischen 19 und 26 Jahren. Auch die Zahl der Dammrisse steigt vom 26. Lebensjahr an. Die Kinder weisen bei Erstgebärenden im Alter von 29—30 Jahren das größte Durchschnittsgewicht auf.

Digitized by Google

Die Zahl der abnormen Kindeslagen ist im höheren Alter größer als in jüngeren. Die Größe der Zahl der Todesfälle vom 26. Lebensjahr an hängt mit der Zunahme der operativen Geburten zusammen. Die Zahl der Komplikationen, wie Placenta praevia, Eklampsie, vorzeitiger Blasensprung, nimmt vom 27. Lebensjahr an zu. Gegen Marek betonen die Vortr., daß die Geburten in den Entwicklungsjahren doch mehr Komplikationen geben als der physiologischen Breite entspricht, gegen Bondy, daß auch nach dem 26. Lebensjahr der Geburtsverlauf nicht so günstig ist.

Diskussion zu Richter und Hiess.

Sellheim (Tübingen): An der reifgewordenen, noch jugendlichen Frau geht die Geburt, wenn auch nicht spurlos, so doch mit Hinterlassung der geringsten Spuren vorüber.

Einem Gesichtspunkte müssen wir bei unseren ärztlichen Ratschlägen aber Rechnung tragen, nämlich dem, ob sich denn unsere Forderung, daß eine Frau von ca. 20 bis 21 Jahren und ein Mann von ca. 28 Jahren heiraten sollen, mit unseren realen, sozialen Verhältnissen verträgt. Die Frau soll und muß, so heißt es, eine Allgemeinbildung und eine Berufsbildung haben, die nicht schlechter sein darf als die des Mannes. Dagegen wäre nichts einzuwenden, wenn wir Frauenärzte nicht mit Bedauern sehen müßten, daß durch die rücksichtslose Koeduktion und den rücksichtslosen späteren Konkurrenzkampf, welche beide nach der männlichen Konstitution zugeschnitten sind, die Frau leidet und zuguterletzt durch Berufsbildung und Berufsarbeit fürs Fortpflanzungsgeschäft verdorben wird.

Demonstration eines Schemas, nach welchem es möglich erscheint, der Frau eine allgemeine Bildung und eine Berufsbildung, nicht schlechter als dem Manne, zu geben, ihr auch schließlich im gleichen Alter wie dem Manne zu einer Berufsstellung zu verhelfen, ohne aber die Frauen samt und sonders schonungslos der Gefahr des Verderbens für das Fortpflanzungsgeschäft auszusetzen. Das Schema kann für den Einzelfall je nach Bedarf abgeändert werden.

Bondy (Breslau) hebt hervor, daß seine seinerzeit publizierte Statistik mit der von Richter und Hiess in den Hauptpunkten übereinstimmt.

IX. Miller (Wien): Die klinische Bedeutung der Retinitis albuminurica für die Geburtshilfe.

Vortr. hebt die Wichtigkeit der ophthalmoskopischen Untersuchungen an geburtshilflichen Anstalten hervor. Retinitis albuminurica kommt bei Nephritis sehr häufig, bei Eklampsie trotz Amaurose sehr selten vor. Dies ist für die Differentialdiagnose sehr wichtig. Die Prognose der Retinitis albuminurica in der Schwangerschaft ist nicht schlechter als in normalem Zustande, nur rezidiviert sie bei späteren Graviditäten sehr häufig. Die Retinitis albuminurica ist ein häufiges Begleitsymptom der Nephritis, ist sie vorhanden, so ist sie ein Zeichen, daß die Albuminurie lange dauern wird. Die Retinitis albuminurica gibt uns ein Zeichen, ob es sich um Nephritis oder um Albuminurie bei Eklampsie handelt.

X. J. Bondi und S. Bondi (Wien). Experimenteller Beitrag zur Schwangerschaftsniere.

Experimentelle Untersuchungen an Kaninchen im schwangeren und nichtschwangeren Zustande ergaben, daß diese sich Nierengiften gegenüber verschieden verhalten. Die schwangeren Tiere zeigen eine weit höhere Läsion als die normalen nach Injektion von Chrom- und Uranlösung. Die Nierenschädigung wurde sowohl funktionell nach der Methode von Schlayer als auch histologisch nach-

Digitized by Google

gewiesen. Im Gegensatz dazu wurde nach Injektion von Arsen und Kantharidin kein Unterschied zwischen normalen und schwangeren Kaninchen festgestellt. Chrom und Uran sind Gifte, welche auf das sezernierende Epithel der Tubuli wirken, während Arsen und Kantharidin die Gefäße angreifen. Aus den Versuchen der Vortrr. geht hervor, daß die Resistenz der Nieren in der Schwangerschaft in ihrem Epithelapparat Schädigungen gegenüber herabgesetzt ist, während der Gefäßapparat keine Resistenzverminderung aufweist.

II. Sitzung.

I. Hofmeier (Würzburg): Über Schädelimpressionen bei Neugeborenen und ihre Behandlung.

Vortr. berichtet über seine Erfahrungen bezüglich der klinischen Bedeutung und eventuellen Behandlung der Schädelimpressionen bei Neugeborenen, wobei es sich aber ausschließlich um Impressionen der Scheitelbeine handelt. Besonders wird Rücksicht genommen auf die neueren Vorschläge, derartige Impressionen auf operativem Wege mit Hilfe eines Korkziehers möglichst bald auszugleichen. In der Würzburger Klinik wurde deswegen das Schicksal aller seit dem Jahre 1895 mit Impressionen geborenen und lebend entlassenen Kinder weiter verfolgt. Es handelte sich im ganzen um 25 derartige Fälle, bei denen einmal die Impression spontan, bei den übrigen 24 bei der Extraktion des nachfolgenden Kopfes entstanden war. Von diesen Kindern starben während oder einige Stunden nach der Geburt 7, und zwar hierunter mehrere, bei denen die Einknickung des Scheitelbeins sich nach der Geburt von selbst wieder ausgeglichen hatte. Die Obduktion dieser Kinder zeigte bei allen neben der Impression erhebliche Knochenverletzungen und intrakranielle Blutungen. Bei keinem der 18 überlebenden Kinder wurden stärkere Erscheinungen von Hirndruck beobachtet. Sie wurden scheinbar gesund am 8.—10. Tage entlassen. Von einem dieser Kinder war leider nichts weiter zu erfahren. Von den übrigen 17 starben im Laufe der Jahre 5, und zwar 3 im Laufe des ersten Jahres an Enteritis und ein viertes Kind nach Ablauf eines Jahres an einer tuberkulösen Meningitis; die Impression war hier verschwunden. Das fünfte Kind starb im 8. Jahre an einer Nierenerkrankung. Keines dieser Kinder zeigte nach Angabe der Eltern und der Ärzte irgendwelche Erscheinungen von Hirndruck, sie waren alle körperlich und geistig vortrefflich gediehen. Sämtliche übrigen 12 Kinder haben wir alle persönlich gesehen und uns davon überzeugt, daß sie ihrem Alter entsprechend vollkommen normal körperlich und geistig entwickelt waren. Ein Teil derselben hat sich in der Schule geradezu ausgezeichnet.

Aus diesen Beobachtungen wird gefolgert, daß jedenfalls die Impression als solche nicht die große Bedeutung für das Leben und die Entwicklung der Kinder haben kann wie sie ihr vielfach zugeschrieben wird. Der große Unterschied in den Folgen in dem einen oder anderen Falle wird darauf zurückgeführt, daß, abgesehen von der absoluten Größe der eventuellen Verletzung, die weitere Bedeutung im wesentlichen davon abhängt, ob die Kinder beim Beginn der Operation noch frisch waren, oder bereits erheblich gelitten hatten.

Vom kosmetischen Gesichtspunkt aus wäre bei keinem der kontrollierten Kinder ein Eingriff notwendig gewesen, wobei freilich zu bemerken ist, daß es sich ausnahmslos um Scheitelbeinimpressionen handelt. Auch Erscheinungen von Hirndruck und Intelligenzstörungen waren absolut nicht festzustellen.

Es wird daraus gefolgert, daß seitliche, selbst starke Impressionen des Scheitelbeins, wenn die Entbindung bei einigermaßen frischem Kinde gemacht wird,

Digitized by Google

weder augenblicklich noch in der ferneren Zukunft an sich ernstere Gefahren bringen, und daß die Gefahren, welche für diese Kinder eventuell bestehen, nicht durch einen Ausgleich der Impression beseitigt werden können, wie ja auch vielfach derartige Kinder trotz des Ausgleichs zugrunde gegangen sind.

Zum Schluß wird noch über einen erst vor wenigen Tagen in der Klinik beobachteten Fall von Impression am Stirnbein bei einer Zangenoperation berichtet. Dieses Kind ging zugrunde unter ziemlich erheblichen Erscheinungen von Hirndruck. Es zeigte aber auch hier die Obduktion, daß außer der nicht sehr starken Impression eine ausgedehnte Blutung auf der ganzen Hirnoberfläche und außerdem Verletzungen an den unteren Partien der Schädelkapsel stattgefunden hatten, welche jedenfalls die Hauptursache des Todes waren. Doch wird bei dieser Art von Verletzungen, zum Teil wegen der kosmetischen Rücksichten, zum Teil wegen ihres scheinbar großen Einflusses auf das Gehirn, die eventuelle Nützlichkeit einer operativen Behandlung zugegeben.

Diskussion. Sellheim (Tübingen) sah in der Freiburger Klinik viel mehr Schädelimpressionen als in Tübingen. Der kindliche Schädel hat bei der Geburt viel auszuhalten, aber er verträgt auch viel.

II. P. Zweifel: Über die Verhütung der durch Spontaninfektion verursachten Wochenbettfieber (ausführlich in diesem Blatt 1913, Nr. 39).

Diskussion. Hofmeier (Würzburg) freut sich, daß die Lehre von der Selbstinfektion von Zweifel unterstützt wird. H. macht Sublimatspülungen. Daher sah er nie Infektionen bei Spontangeburten. 1 Jahr ließ er die Spülungen aus. Der Unterschied in den Resultaten war nicht groß, aber er hatte doch zwei Todesfälle bei Spontangeburten, die von dem pathologischen Anatomen (Kretz) als von der Angina ausgehend erklärt wurden.

Bokelmann (Berlin): Der Genitalkanal der gesunden Kreisenden ist aseptisch. Die Infektion stammt von außen. Redner verfügt über 1800 Privatgeburten, ohne jemals eine schwere Infektion gesehen zu haben. Der Unterschied liegt in dem Material, dem der Klinik und dem in der Privatpraxis.

Fränkel (Breslau) wirft die Frage auf, was ist puerperale Morbidität? Sie liegt um einen Grad höher als die Normaltemperatur, aber schon die Normaltemperatur, ist Schwankungen unterlegen, um so mehr die erhöhte Temperatur.

Wild bezweifelt, daß in dem Falle von Zweifel wirklich das Bad die Ursache der Infektion gewesen ist.

Opitz (Gießen) erklärt die guten Resultate Bokelmann's so, daß die Privatpatientinnen sich besser pflegen.

Herzfeld (Wien) ist der Meinung, daß man klinisches und privates Material nicht miteinander vergleichen kann. Die operativen Fälle sind in der Klinik besser daran als im Privathaus. Er warnt davor, Hebammen desinfizierende Spülungen während der Geburt machen zu lassen.

Bondy (Breslau): Es wäre zu untersuchen, ob man auch bei den Privatfällen so häufig positive bakteriologische Befunde findet als bei den klinischen Fällen.

Hannes (Breslau): Es ist ein großer Unterschied ob man Schwangere oder Gebärende baden läßt. In dem Breslauer Kreißzimmer wird niemals gebadet, sondern nur abgespült.

Karl A. Herzfeld (Wien) meint, man müsse bei der Frage der Prophylaxe der Autoinfektion die klinischen von den privaten Fällen trennen. Bei den klinischen Fällen sind die operativen Fälle von den spontan verlaufenden zu scheiden, um ein klares Bild darüber zu bekommen, ob die Fälle mit oder ohne prophylak-

Digitized by Google

tische Desinfektion günstiger verlaufen. Allerdings liegt in der Einführung prophylaktischer Spülungen vor der Geburt, wenn diese Spülungen nur von der Hebamme gemacht werden, eine große Gefahr, welche dieselbe ist, wie bei jeder Polypragmasie in der Hand der Hebamme. Die beste Prophylaxe gegen die Gefahren der Autoinfektion besteht doch in der Vermeidung innerer Untersuchung und innerer Eingriffe. Vor jedem Eingriffe allerdings soll die gründliche Reinigung des Operationsfeldes und der Scheide stattfinden.

III. E. Zweifel (Jena): Über Lachgas-Sauerstoffnarkose.

Auf dem Naturforscherkongreß in Wiesbaden hat vor 3 Jahren Neu seinen Apparat für Lachgas-Sauerstoffnarkose demonstriert. Durch seine günstigen Erfolge ermutigt, begann ich, einer Anregung von Herrn Geheimrat Döderlein folgend, ebenfalls mit derartigen Versuchen. Die Lachgas-Sauerstoffnarkose hat das eigentümliche Schicksal gehabt, als die älteste aller Inhalationsnarkosen immer wieder von neuem aufzutauchen und empfohlen zu werden und dann wieder in Vergessenheit zu geraten.

Von Priestley entdeckt, wurde die narkotische Wirkung des Lachgases zuerst von Davy erkannt und wurde 1844 zum erstenmal von Colton, einem amerikan. Zahnarzt in Boston, zur Schmerzstillung bei einer Zahnextraktion benutzt.

Bald aber geriet das Lachgas in Vergessenheit, als die narkotische Wirkung von Äther und Chloroform erkannt wurde, und es bestand zunächst kein Bedürfnis nach einem anderen Narkotikum. Als aber die ersten Todesfälle zeigten, daß die Mittel nicht ungefährlich waren, erstand das Bedürfnis nach anderen, weniger gefährlichen Narkosenmitteln, und als solches wurde im Laufe der Zeit wiederholt das Lachgas empfohlen. Zunächst war es allerdings nicht möglich, längere Narkosen damit auszuführen, weil es den Sauerstoff aus dem Blute verdrängt. N. gab den Kranken ein Gemisch von 80% Lachgas + 20% O unter $^1/_5$ Atmosphären Überdruck zum Einatmen. Fast alle Autoren, die seitdem die Lachgasnarkose für längere Operationen angewendet und empfohlen haben, haben dieses Gemisch in verschieden modifizierten Apparaten ihren Kranken zum Einatmen gegeben. Nur für ganz kurzdauernde Eingriffe hat sich die reine Lachgasnarkose erhalten.

Wenn bisher die Lachgasnarkose für größere Eingriffe nicht recht genügte, so hat sie in neuerer Zeit eine Erweiterung der Indikationsmöglichkeiten erhalten, durch die Kombination mit Skopolamin, Morphium oder eines seiner Ersatzpräparate, die sich ja in der Chirurgie und Gynäkologie so vortrefflich bewährt hat.

Gerade diese Art der Anwendung empfahl Neu, die Resultate wurden noch besser, wenn die Pat. am Abend vorher 0,1 bis 1,0 Veronal bekamen. Der Apparat von Neu gestattet vermittels der Retamesser eine exakte Dosierung des durchströmenden Volumens von Lachgas und Sauerstoff. Da mir bei meinen Versuchen daran lag, festzustellen, was man mit der Lachgas-Sauerstoffnarkose erzielen könne, so verwendete ich sie anfangs allein als solche, als ohne Kombination mit Morphium-Skopolamin. Auch da lassen sich in manchen Fällen ganz gute Erfolge erzielen.

Im ganzen kann ich jetzt über 40 Fälle berichten. 17mal wurde Abrasio mit Dilatation oder Diszission vorgenommen, davon war 16mal die Anästhesie sehr gut, einmal und bei einer Erweiterung der Scheide versagte sie, beides waren sehr nervöse Pat. Außerdem wurden in Lachgas-Sauerstoffnarkose operiert: eine Abortausräumung, ein Alexander-Adams, eine Kolpotomie, eine Polypenabtragung, von geburtshilflichen Operationen eine Zange und ein vaginaler Kaiserschnitt bei schwerer Mitralinsuffizienz.

Digitized by Google

Bei acht Operationen diente die Lachgas-Sauerstoffnarkose nur zur Einleitung der Chloroform-Äthernarkose, wofür sie sich vorzüglich bewährte. Bei weiteren acht Operationen kombinierte ich die Lachgas-Sauerstoffnarkose mit vorhergehenden Injektionen von Morphium-Skopolamin. Es ließen sich damit eine Reihe von Eingriffen (Kolporraphie, Naht des Dammrisses dritten Grades, vaginaler Kaiserschnitt usw.) bequem ausführen. Auf Grund unserer Erfahrung kann ich die Lachgas-Sauerstoffnarkose nur empfehlen. Ich möchte hierbei erwähnen, daß ich in Freiburg durch die Liebenswürdigkeit von Herrn Dr. Schlimpert Gelegentheit hatte, einen anderen Apparat von Gatsch kennen zu lernen, der, soweit mir schien, dem Apparat von Neu überlegen war. Der Apparat beruht auf der sinnreichen physiologischen Wahrnehmung, daß die Kohlensäure einen Reiz auf das Atmungszentrum ausübt und zu tiefem Atem anregt. Ähnlich wie bei dem Benne'schen Inhalator und dem Telchow'schen Mundstück wird die eingeatmete Luft in einen Ballon ausgeatmet und aus diesem nochmals eingeatmet und dann definitiv in die Luft ausgeatmet. Die erste Exspirationsluft enthält noch reichlich Lachgas und Kohlensäure. Dadurch wird einmal ein Reiz auf das Atemzentrum ausgeübt, andererseits die Narkose vertieft. Dieser Apparat gestattet außerdem, ohne weiteres Äther hinzuzugeben, wenn die Narkose nicht ausreicht. Er arbeitet von allen Lachgasapparaten bei weitem am billigsten; Gatsch berechnet den Preis pro Stunde auf 4—5 Mk., Schlimpert auf 2,30 Mk., während beim Apparat von Neu die Stunde auf 10—12 Mk. kommt. Mit diesem Apparat sind am John Hopkins-Hospital allein mehrere tausend Narkosen ohne Todesfall ausgeführt worden. Gatsch und seine Anhänger empfehlen das Lachgas als absolut ungefährlich. Sicherlich ist die Lachgas-Sauerstoffnarkose von allen Narkosearten nicht nur die angenehmste, sondern auch die ungefährlichste. Auf 3—4 Millionen Lachgasnarkosen sind in der Literatur 14 Todesfälle bekannt geworden. Den Anhängern der Chloräthylnarkose möchte ich entgegenhalten, daß diese nach Wood 200mal gefährlicher ist als die Lachgas-Sauerstoffnarkose. Auf Grund der Erfahrungen der Literatur möchte ich deswegen die Lachgas-Sauerstoffnarkose rein zur Einleitung der Narkose und in Kombination mit Morphium-Skopolamin und Veronal für kleinere Eingriffe empfehlen.

Diskussion. Stiassny (Wien): Keine Narkose hat eine so geringe Mortalität wie die Lachgas-Sauerstoffnarkose. Skopolaminmorphin ist kein souveränes Narkosemittel.

Zangemeister (Marburg) verfügt über 3000 derartige Narkosen in Kombination mit Morphin und Skopolamin bei großen Operationen. Bei allen Operationen war die Narkose tief genug. Die Tiefe der Narkose hängt von der Größe der Gabe von Skopolamin ab. Pat., die früher mit Chloroform narkotisiert waren, erklärten, daß ihnen diese Narkose bei weitem angenehmer sei. Der hohe Preis darf keine Rolle spielen. Das gefährliche der Narkose besteht in der Kombination mit Skopolamin.

Schlimpert (Freiburg) erklärt, daß ein Nachteil dieser Narkose Mangel an Entspannung sei, daher empfiehlt er die Lumbal- und Sakralanästhesie. Nach seiner Meinung ist das Morphin ebenso gefährlich wie das Skopolamin.

Jaschke (Gießen): Die größten Narkosespezialisten, nämlich die Amerikaner und Engländer lehnen jetzt alle komplizierten Narkosen ab. Er fordert vor jeder Narkose genaue Untersuchung von Lunge, Herz und Niere und erklärt es für einen Fehler, daß man junge Leute narkotisieren läßt. Skopolamin wirkt nicht so sehr auf das Atemzentrum, sondern mehr auf das Herz.

Sellheim (Tübingen) erklärt, man dürfe sich nicht wundern, wenn hier und

Digitized by Google

da Todesfälle bei der Narkose vorkommen. Man müsse sich bewußt sein, daß man nur Kranke operiere.

Zweifel (Schlußwort): Statt Skopolamin verwende er jetzt Pantopon-Atropin-Schwefelsäure.

IV. Hans Hermann Schmid (Prag): Über dauernde Erweiterung des knöchernen Beckens.

Vortr. berichtet über acht Fälle, an denen in der deutschen geburtshilflichen Klinik in Prag (Prof. Kleinhans) die Promontoriumresektion ausgeführt wurde. Diese neue geburtshilfliche Operation, welche Rotter (Budapest) und Vortr. unabhängig voneinander gefunden haben, besteht darin, daß der größte Teil des V. Lendenwirbels und der I. und II. Kreuzbeinwirbel auf transperitonealem Wege abgemeißelt werden. Auf diese Weise läßt sich bei engem Becken eine Erweiterung des verkürzten, geraden Durchmessers des Beckeneinganges ohne Schwierigkeiten um $1^1/_2$—2 cm erzielen. Die Operation ist technisch nicht sehr schwierig; die Blutung aus dem Knochen ist minimal. Die Operation wurde unter den acht Fällen siebenmal im Anschluß an die Sectio caesarea aus relativer Indikation vorgenommen; von diesen sieben Frauen starb eine an Peritonitis, welche wohl der Laparotomie, nicht aber der hinzugefügten Promontoriumresektion als solcher zur Last fällt. Bei der achten Frau wurde, nachdem eine Totgeburt und eine Sectio caesarea vorausgegangen waren, im 4. Monate ihrer dritten Schwangerschaft die Promotoriumresektion ausgeführt; am Ende der Gravidität erfolgte die Geburt eines reifen, ausgetragenen Kindes, zwar nicht spontan, aber doch per vias naturales; wegen Querlage und Nabelschnurvorfall mußte das Kind gewendet und extrahiert werden; die Entwicklung des nachfolgenden Kopfes war auffallend leicht. Durch diesen Fall ist zum erstenmal der Nachweis erbracht worden, daß die Promontoriumresektion imstande ist, eine dauernde Erweiterung des knöchernen Geburtskanales zu schaffen. Diese Operation stellt also die einzig rationelle, kausale Therapie des engen Beckens dar.

V. Rotter (Budapest): Über meine beckenerweiternde Operation durch Promontoriumresektion.

Vortr. berichtet über die bis jetzt bekannten fünf Fälle der Promontoriumresektion, von welchen er selbst einen — die weiteren vier die Klinik Kleinhans — ausführte, darunter wurden zwei von Schmid publiziert. Es wird die Einfachheit und Gefahrlosigkeit der technischen Ausführung betont, und es werden die anatomischen Grundlagen mit Präparaten illustriert. Bezüglich der Kallusbildung bemerkt Vortr., daß 5 Monate nach der Operation davon keine Spur vorhanden war. Nach Reflexionen über die Einwände von Gerstenberg behauptet Vortr., daß seine Operation zur dauernden Heilung des größten Teiles flacher Becken geeignet ist und eine viel geringere Gefahr darstellt, wie die Sectio caesarea, Hebosteotomie, Symphyseotomie oder hohe Zange, im Erfolg aber denselben weit überlegen ist, da sie doch eine kausale Therapie des engen Beckens bildet.

VI. Opitz (Gießen) bespricht die neuen Methoden des Kaiserschnitts. Er kommt zu dem Ergebnis, daß es auch bei infektiösen Fällen nicht notwendig sei, rein extraperitoneal zu operieren, wie das von verschiedenen Seiten als das wesentliche empfohlen worden ist, um ein Weitergreifen der Infektion bei nicht mehr ganz reinen Fällen zu verhüten. Vortr. glaubt vielmehr, daß es andere Dinge sind, welche die günstigeren Erfolge der suprasymphysären Entbindung gegenüber dem Kaiserschnitt bedingen, und zwar erstens die Lage des Schnittes in der Cervix, welche gegen Infektionserreger augenscheinlich widerstandsfähiger ist als das Korpus. Zweitens die geringere Dicke der Uteruswand an dieser Stelle. Drittens

Digitized by Google

die tiefe Lage der Wunde im Becken, wodurch eine Ausbreitung der Infektion auf das Peritoneum verhütet wird.

Für unwesentlich hält Vortr. das extraperitoneale Operieren. Er glaubt, daß die Infektion nach klassischem Kaiserschnitt nicht durch das Einfließen von infiziertem Fruchtwasser in die Bauchhöhle, sondern durch primäre Infektion des Schnittes in der Uteruswand und Verbreitung der Infektion von da aus im Peritoneum zustande kommt. Beweisend dafür scheinen ihm eigene Beobachtungen, wo sicher infektiöses Fruchtwasser in die Bauchhöhle eingeflossen ist, ohne daß Peritonitis entstand, und ferner die zahlreichen Mitteilungen von Einreißen des Peritoneums während der extraperitoneal begonnenen Operation, schließlich die Erfahrung, die man beim klassischen Kaiserschnitt mit Vorwälzen des Uterus und absolut sicherem Verhüten des Einfließens von Fruchtwasser in die Bauchhöhle gemacht hat. Vortr. hat deshalb nur sechsmal die Latzko'sche Methode angewandt, ist aber dann zu einer Methode übergegangen, bei der die Bauchhöhle breit eröffnet, dann die Blase abgeschoben, das Peritoneum vom Uterus nach oben ebenfalls abgelöst und dann durch die Bauchhöhle hindurch der Uterus entleert wird.

Vortr. hat nach dieser Methode 37 Fälle mit teilweise schwer infektiösem Uterusinhalt entbunden ohne Todesfall. Der Vorzug dieser Methode besteht einmal in der einfachen Technik, welche Nebenverletzungen sicher vermeiden läßt (es ist keine einzige Nebenverletzung vorgekommen, trotzdem eine große Zahl der Fälle auch von jüngeren Assistenten operiert ist); ferner in der Möglichkeit, die Bauchwunde regelmäßig vollständig zu schließen. Wo eine Drainage bei schwer infektiösem Uterusinhalt für notwendig gehalten wird, beschränkt sich diese auf das Einlegen eines dünnen Gazestreifens auf die Uteruswunde, der durch Peritoneum und Blase gedeckt und durch das vordere Scheidengewölbe in die Scheide geleitet wird. Ferner werden nur sehr geringe Bindegewebswunden gesetzt, und schließlich kommen viel weniger leicht nach der Heilung Verlagerungen des Uterus durch Narbenzug zustande, als bei dem Vorgehen nach Latzko.

Wenn die Bauchhöhle durch Stopftücher sorgfältig abgedeckt wird, so läßt sich das Eingießen größerer Mengen von Uterusinhalt in die Bauchhöhle vermeiden, und mit den etwa noch übrig gebliebenen Resten von Fruchtwasser wird die Bauchhöhle leicht ohne Erkrankung fertig. Wichtig ist allerdings, daß auch das Netz zur Abgrenzung des Operationsgebietes gegen die übrige Bauchhöhle zu Hilfe genommen wird, indem es nach Schluß der Operation über den Uterus hinweg bis zur Blase herab ausgebreitet wird.

VII. K. Hartmann (Remscheid): Über den subkutanen Symphysenschnitt.

H. berichtet über die bisherigen Resultate an der Hebammenschule von Frank in Köln. Die Operation wurde seit 1907 im ganzen 131mal ausgeführt. Die Technik war dieselbe, die von Frank in wiederholten Publikationen beschrieben wurde: Straffes Anziehen der Haut über der Symphyse, Herunterdrücken der Harnröhre und des Venengeflechtes der Klitoris unter die Schoßfuge, Einstechen des Messers in die Symphyse, und Durchtrennen der unteren Ligamente, darauf Durchschneiden der oberen Partie der Symphyse, ohne das Messer aus der Hautwunde herauszuziehen. Die Operation wurde auch bei Frauen ausgeführt, die vorher fieberten; es kam zu zwei Todesfällen, die aber der Operation selbst nicht zur Last gelegt werden können. Eine Verletzung der Harnröhre ereignete sich einmal bei der Entwicklung des Kindes.

Es wurden nicht nur Mehrgebärende operiert, sondern auch 22 Erstgebärende,

Digitized by Google

jedoch wurde bei diesen die Entbindung nicht sofort angeschlossen, sondern die Geburt nach Möglichkeit der Natur überlassen; in allen Fällen war dies jedoch mit Rücksicht auf die Gefährdung des kindlichen Lebens nicht möglich. Von den Kindern wurden 114 gesund entlassen. Eine stärkere Blutung aus dem Schnitt trat nie auf, nie kam es zu Phlegmonen im Anschluß an die Wunde, nie zu einer von dort ausgehenden Peritonitis.

Für die Operation kommen natürlich im allgemeinen nur Verengerungen mittleren Grades in Frage, und es soll weder die suprasymphysäre Entbindung, noch der klassische Kaiserschnitt ausgeschaltet werden. Auch diese Operationen wurden nach wie vor an der Klinik ausgeführt.

VIII. Weibel (Wien): Extraperitonealer Kaiserschnitt und Beckenspaltung.

Seit 5 Jahren wurden an der II. Frauenklinik in Wien 39 Hebosteotomien und 67 extraperitoneale Kaiserschnitte ausgeführt. Die ersteren ergaben 15,4% und die letzteren 3% Mortalität der Kinder. Die mütterliche Mortalität betrug für die Hebosteotomie 2,5% und für den extraperitonealen Kaiserschnitt 3%. Die Morbidität der Mütter war nach der Hebosteotomie wesentlich höher, und zwar 31% gegenüber 22%. Die reinen Fälle wurden mehr der extraperitonealen Sectio, die ebenso häufigen unreinen den beiden Operationen gleichmäßig zugewiesen. Bei Kontrollen fand man nach Hebosteotomie ausgezeichnete Knochenheilungen, nach extraperitonealem Kaiserschnitt häufig (fast in der Hälfte der Fälle) Verlagerungen des Uterus, die jedoch niemals Beschwerden machten. Geh- und Arbeitsstörungen haben wir nur je einmal bei den beiden Operationen gesehen. Spontangeburten mit lebendem Kinde kamen nach beiden Operationen vor; doch mußte auch wiederholt operativ entbunden werden. Die Hebosteotomie Wurde meist nach Doederlein, die extraperitoneale Sectio anfangs nach Sellheim II, dann fast immer nach Latzko gemacht, bei letzterer das Peritoneum in einem Viertel der Fälle unabsichtlich eröffnet, stets ohne Schaden. Die Erfolge bei zuwartendem Verhalten nach Hebosteotomie waren schlecht.

Schlüsse: Die Kraniotomie beim lebenden Kinde wird unbedingt abgelehnt. Bei Primiparis und einer Conj. vera unter $7^1/_2$ cm wird, wenn die klassische Sectio, deren Anwendungsgebiet erweitert werden soll, kontraindiziert ist, der extraperitoneale Kaiserschnitt ausgeführt, bei Multiparis und geringerer Beckenverengerung entweder dieser oder die Hebosteotomie. Bei letzterer soll die Extraktion des Kindes gleich angeschlossen werden, eventuell kann auch ein vorsichtiger Zangenversuch gemacht werden. Bei bestehender schwerer Infektion sind beide Operationen kontraindiziert und ist, um das Kind zu retten, die Uterusexstirpation auszuführen, sonst die Kraniotomie auch des lebenden Kindes indiziert.

IX. Werner: Erfolge und Technik der einzeitigen Schwangerschaftsunterbrechung bei Tuberkulose der Lungen.

Bericht über 60 Fälle. Als Indikation gelten nicht nur aktive Prozesse, sondern auch inaktive, wenn sie mit schlechtem Allgemeinbefinden einhergehen. Nur Multiparae mit zwei oder mehr lebenden Kindern kamen zur Operation. Diese ist ähnlich der von Schauta angegebenen, nur werden die Tuben ganz entfernt, und es wird auch jenseits des dritten Schwangerschaftsmonates noch operiert. Lumbalanästhesie. Die Erfolge sind gut. 80% wesentliche Besserung. 0% direkte Mortalität. 4% nach Jahresfrist. Die nicht gebesserten Fälle betreffen durchaus Frauen, bei denen der Prozeß schon zur Zeit der Operation sehr weit fortgeschritten war.

Digitized by Google

Diskussion zu Schmid, Rotter usw.

Sellheim (Tübingen) führt aus, daß sowohl anatomische als physiologische Gründe vorhanden sind, weshalb man den Schnitt jetzt tiefer mache. Man müsse das Bestreben haben, den Schnitt unterhalb der Bauchhöhle oder wenigstens in einem Winkel derselben zu führen, doch soll man das extraperitoneale Operieren nicht erzwingen. Der Vorteil dieser Methode ist, daß das Risiko bei infizierten Fällen nicht so groß ist wie beim klassischen Kaiserschnitt. Er erhebt als Einwand gegen die Promontoriumresektion, daß alle Vorsprünge im Knochensystem einen Zweck haben, und zwar einen statischen. Wenn man einen Vorsprung beseitigt, so werden die statischen Verhältnisse geändert. Außerdem könne man nicht mit Bestimmtheit voraussagen, ob die Geburt nach der Promontoriumresektion wirklich gut von statten gehen werde.

Latzko (Wien) meint, daß die Verlegung des Schnittes die Gefahr des Kaiserschnittes nicht beseitigen könne. Des weiteren verweist er auf seine bereits früher demonstrierte, von ihm angegebene Zange zur Entwicklung des Kindes bei extraperitonealem Kaiserschnitt. Nach seinem Dafürhalten können Zellgewebsinfektionen nur durch Drainage vermieden werden. Die Symphysiotomie habe gegen die Hebosteotomie den Vorteil, daß sie eine größere Erweiterung des Beckens gebe.

Schmid (Schlußwort) glaubt nicht, daß das resezierte Stück des Promontorium wieder nachwächst. Er hebt gegenüber Sellheim hervor, daß eine Pat. bereits am 2. Tag nach der Operation herumgehen konnte.

X. G. A. Wagner (Wien): Die Gefahren des Hypophysenextraktes für Mutter und Kind sind nicht groß, wenn dies ausgezeichnete Mittel richtig angewendet wird. Die schädlichen Wirkungen sind in einem großen Teile der Fälle Folgen einer unrichtigen Anwendung (zu hohe Dosis, unzeitige Darreichung, unrichtige Auswahl der Fälle). Leider kommen aber doch auch bei Einhaltung der bereits hinreichend klar ausgearbeiteten Indikationsstellung und Dosierung unerwünschte, ja gefährliche Folgezustände zur Beobachtung. Diese haben ihren Grund einerseits in der Inkonstanz der Wirksamkeit der Präparate, andererseits in den weitgehenden, individuellen Unterschieden in der Empfindlichkeit der Pat. gegenüber den Hypophysishormonen. Bei den Müttern wurden leichte Störungen bis zu schweren, bedrohlichen Kollapsen beobachtet. Eine eigene Beobachtung betrifft einen stundenlang währenden, überaus schweren stenokardischen Anfall nach Glanduitrininjektion bei nicht sehr hochgradiger, aber sehr akuter Anämie nach Postpartumblutung. Es dürfte sich um eine durch individuelle Disposition bedingte, abnorme Steigerung der physiologischen gefäßverengenden Wirkung der Hypophysenextrakte gehandelt haben. Diese trifft, wie auch experimentell festgestellt ist, die Koronararterien in bevorzugter Weise und ist nach vorangegangener Blutdrucksenkung besonders intensiv. Bei Erkrankungen der Koronararterien und des Herzmuskels muß vor der Anwendung von Hypophysenextrakt gewarnt werden. Bei Nierenerkrankungen, bei Eklampsie scheint er wohl oft ohne Schaden gegeben worden zu sein; doch zeigen genügend Beobachtungen, daß wegen der gefäßverengernden Komponente, bei Eklampsie wegen Provokation der Anfälle auslösenden Sturmwehen seine Anwendung in diesen Fällen nicht ungefährlich ist. Bei unerwartet starker Einwirkung auf den Uterus können die Wehen so exzessiv werden, daß es zu rasch sich entwickelnder Dehnung des unteren Uterusabschnittes, die einen eiligen operativen Eingriff erfordert, ja sogar zur Uterusruptur, zur Scheidenabreißung kommen kann. Dies besonders bei unnachgiebiger, rigider Cervix, sowie auch bei nicht hochgradigen Geburtshindernissen. Strikturen

Digitized by Google

des Muttermundes nach Hypophysenextraktinjektion wurden hauptsächlich bei Fehlgeburten beobachtet und kontraindizieren seine Anwendung bei diesen, aber auch bei Geburten am oder nahe dem Ende der Schwangerschaft. Die manuelle Placentalösung kann durch sie sehr erschwert werden. Diese aber wird gerade in solchen Fällen gelegentlich wegen Blutung infolge abnormer Ablösung der Placenta durch überstürzte oder ungleichmäßige Uteruskontraktionen notwendig. Atonische Blutungen post partum sind selten auf Erschöpfung des Uterus nach vorangegangener »Überanstrengung« des Uterusmuskels zurückzuführen. Häufiger als die Mutter und in höherem Grade kann das Kind durch den Hypophysenextrakt geschädigt werden, und zwar indirekt und direkt. Es kann einerseits bei den zu häufigen und zu langdauernden Wehen infolge der allzu kurzen und seltenen Wehenpausen — den Erholungspausen des Kindes — zur Kohlensäureüberladung des Blutes kommen. Ausdruck dafür die überaus häufige beträchtliche Verlangsamung der kindlichen Herztöne. Es kommt zu bedrohlicher Asphyxie die eine rasche operative Entbindung nötig macht, durch die aber das Kind manchmal nicht mehr zu retten ist. Andererseits kann der durch die Placenta auf das Kind übergehende Hypophysenextrakt dieses durch abnorm starke Gefäßwirkung gelegentlich gefährden, ja töten. Für alle hier erwähnten Möglichkeiten von Schädigung durch Hypophysenextrakt liegen Erfahrungen der Literatur und eigene Beobachtungen vor. Zum Glück sind die ganz schlechten Ausgänge so selten, daß bei Unterlassung vermeidbarer Fehler die Hypophysenmedikation in der Geburtshilfe in ihrem wohlverdienten Siegeszug durch sie glücklicherweise nicht aufgehalten werden kann. Die Möglichkeit übler Folgen aber sollte von kritikloser, nicht streng indizierter Anwendung des sonst so wertvollen Mittels abhalten.

Diskussion. Foges (Wien) erwähnt, daß Pituitrin bereits sogar von Hebammen angewendet wird.

XI. E. Kolisch (Wien): Über Eklampsiebehandlung.

Vortr. berichtet aus der Klinik Wertheim über die in den letzten 4 Jahren bei Eklampsie geübte Therapie und deren Resultate. Die Behandlung bestand in der sogenannten Therapie der mittleren Linie und gab im allgemeinen gute Resultate. Die Mortalität der Mütter betrug 15,8%, die der Kinder 44,3%. Von 120 Fällen wurden 90 Fälle, d. i. 75% operativ entbunden, von diesen waren 58, d. i. ca. 50%, dauernd anfallsfrei. Von 30 Spontangeburten blieben 40% anfallsfrei. Unter 58 Frühentbindungen (48,3%) blieben 28 anfallsfrei, während unter 62 Spätentbindungen (51,7%) 36 anfallsfrei blieben = 58%. Die Mortalität der frühentbundenen Mütter betrug 6,9%, die der spätentbundenen 24,2%. Die Mortalität der Kinder erreichte im ersteren Falle 25,8%, dagegen im anderen Falle 61,5%. Es wird die konservative Therapie empfohlen, jedoch gewarnt, sich sklavisch an sie zu halten, sondern in schweren Fällen womöglich zur Frühentbindung zu greifen.

XII. Thaler: 20 Jahre Eklampsietherapie.

Vortr. kommt zu folgenden Schlüssen:

1) In der Eklampsiestatistik sind die Fälle, bei denen die Erkrankung erst bei vorgeschrittener Geburtstätigkeit ausbricht, zu trennen von Schwangerschafts- und Geburtsbeginneklampsien. Postpartumfälle sind jedenfalls nicht zu den Frühentbindungen zu rechnen. Die artifiziell entbundenen Fälle wurden nach der Dauer der Erkrankung vor der Entbindung geordnet.

2) Die Resultate der Klinik ergeben beim entbindenden Verfahren bessere Zahlen als bei der abwartenden Methode. Da sich jedoch nur unwesentliche

Digitized by Google

Unterschiede zwischen sofortiger und frühzeitiger Entbindung feststellen lassen, kann bei Eklampsie mit noch wenig oder unvorbereiteten Weichteilen in Hinblick auf die relativ große Zahl der interkurrenten Fälle kurzfristiges Zuwarten behufs Orientierung über den Charakter des Falles ohne weiteres empfohlen werden.

3) Um Verschleierungen des Krankheitsbildes und Schwierigkeiten in der Beurteilung desselben zu vermeiden, möge die Vorbehandlung mit Narkotizis vor der Entbindung bei bezüglich der Indikationsstellung noch zweifelhaften Fällen möglichst eingeschränkt werden.

4) In Anwendung zu bringen wäre die primäre Venaesectio (auch ante partum) und post partum die Narkotikabehandlung. Sauerstoffinsufflationen in die Mamma zeigten keinen spezifischen Einfluß auf das Krankheitsbild.

Diskussion. Zweifel (Leipzig) erinnert an die an seiner Klinik publizierten 94 Fälle mit 5,3% Mortalität. Seither kamen an seiner Klinik 26 Fälle von Eklampsie zur Beobachtung mit 3 Todesfällen. Er befürwortet die streng abwartende Behandlung mit Aderlaß.

Mayer (Tübingen) bringt seine Behandlung der Eklampsie mit normalem Menschenserum zur Sprache. Bei Dermatosen hatte er glänzende Erfolge. Da aber in Tübingen die Eklampsie sehr selten sei, habe er über diese nur geringe Erfahrung. So viel könne er sagen, daß er den Eindruck hatte, daß nach der Injektion von Serum eine Besserung des Befindens eintrat. Amaurose heilte nach $^1/_2$ Stunde nach der Injektion, die Eklampsie heilte noch vor der Entbindung.

Kolisch hat auch Fälle von Eklampsie mit Serum behandelt, ohne einen Erfolg gesehen zu haben. Er fragt, wieviel Serum Mayer verwende.

Mayer: Die Menge des verwendeten Serums betrug 10—70 ccm.

Amann (München) beeinflußte eine Chorea gravidarum mit Serum gut.

XIII. Karl Neuwirth (Wien): Über die Technik des hohen Forceps bei nicht verstrichenem Muttermunde ohne Hysterostomatomie.

Der Vertr. bespricht zunächst die Gefahren der Hysterostomatomie unter der Geburt. Selbe liegen zunächst in primären, unmittelbar nach dem Einschnitte entstehenden Blutungen. Wenn auch sofort Klemmen angelegt werden, so können diese während der nachfolgenden Durchführung der hohen Zange bei starker Zugwirkung aus ihrer Lage gebracht werden, vielleicht sogar, wenn nicht tief eingesetzt, völlig abgleiten. Derartig liegende Klemmen können übrigens einer schwierigen hohen Zangenanlegung eine nicht unwesentliche Erschwerung bereiten. Ebenso könnten Umstechungsligaturen durch eine komplizierte Zangenoperation an Festigkeit leiden. Besonders aber kommen sekundäre Blutungen durch Weiterreißen der gesetzten Hysterostomatomie, und infolge des Accouchement forcé in Betracht. Solche Blutungen können recht erheblich werden, die Risse können sich bis in das Parametrium hinein erstrecken. Es besteht auch die Gefahr, daß nach schließlich beendeter Geburt des Kindes, was manchmal, wenn der Forceps sehr schwer durchzuführen ist, eine ziemliche Zeitspanne erfordert, die vielleicht nach außen hin nicht sehr auffällige Blutung für Atonie des Uterus gehalten wird. Leichte Massage, eventuell Credéversuche könnten derartige Nachblutungen hierbei eher noch verstärken und die Thrombenbildung hintanhalten.

Nunmehr Schilderung der Operation und Demonstration des Vorgehens an der Hand des Instrumentes, sowie des letzteren (s. Zentralblatt 1913, Nr. 37). Der Name Forceps intrauterinus erscheint dem Vortr. berechtigt, erstens, weil die Löffel sehr weit, bis 15 cm in das Cavum uteri eingeschoben werden, zweitens, weil der weitere Gang der Operation, die Metreuryse, sich naturgemäß vollends in der

Digitized by Google

Gebärmutterhöhle abspielt, drittens schließlich, weil die Frucht selbst unmittelbar aus dem Uterus durch den Forceps hervorgeholt wird.

Bezüglich der Gefahr von Verletzungen des Kindes dürfte kaum mehr zu befürchten sein, als beim hohen Forceps mit Hysterostomatomie. Bei hohem Querstande in Hinterhaupts- oder Vorderscheitellage wird die intrauterine Zange dem Kindeskopfe keinen Schaden bringen. Bei ungünstiger Einstellung in Gesichts- oder Stirnlage könnten allerdings da wie dort gefährliche Quetschungen der Weichteile, des Halses insbesondere, erfolgen; man wird also eine solche Zange, die übrigens nur äußerst selten in Frage kommen dürfte, nach Tunlichkeit vermeiden. Impressionen in den kindlichen Thorax durch den hoch hinauf eingeführten Forceps sind kaum anzunehmen, da die Zange ja anfangs nicht geschlossen, sondern bloß die Blätter genähert werden. Hierbei muß jedoch nochmals daran erinnert werden, daß der Forceps intrauterinus nur Sache eines sehr Geübten sein darf und kann. Ein solcher dürfte eine eventuelle Quetschung des Brustkorbes oder Abdomens fühlen und durch ein entsprechendes Manöver mit der Zange oder einem Löffel derselben, sofern das genügt, die Gefahr beseitigen.

Hierbei noch eine kurze Bemerkung über die Anwendung von Achsenzugzangen in dem angeführten Sinne. Die in Wien gebräuchliche nach Breus wäre wegen des vorspringenden Fortsatzes und Querstiftes der Technik hinderlich, die Tarnier'sche wäre wegen zu wenig handlich erscheinenden Schlosses nicht zu empfehlen. Mit Rücksicht auf die mittels des Forceps durchzuführende Hysteryse wird es notwendig sein, die eingeführten Löffel selbst stets in der Gewalt zu haben; dies wird besser direkt geschehen als mittels einer Zugzange und gilt daher auch für Simpson's Achsenzugzange.

Ein Hauptvorteil des Verfahrens ist schließlich, daß selbes unblutig ist, daher die gerade bei Blutungen in der Tiefe der Grube nicht unschwer sich zugesellende Infektion von vornherein eliminiert wird.

XIV. Frommer (Wien): Rasche mechanische Erweiterung der Portio während der Geburt.

Auf Grund seiner 11jährigen Erfahrung erörtert der Vortr. zuerst die Ursachen, warum die rasche, mechanische Erweiterungsmethode des Kollum bisher Anerkennung und Verbreitung nicht gefunden hat, obwohl sie in indizierten Fällen oft segensreiche Dienste für die Mutter und für das Kind leistete. — Die vorgekommenen Cervixrisse beruhen hauptsächlich auf mangelhafter Technik und Unvollkommenheit des Apparates wie auch auf einer zu geringen Berücksichtigung der Beschaffenheit des Kollums. Es werden sodann pathologische Veränderungen an demselben besprochen, welche das Accouchement forcé mittels eines Dilatators kontraindizieren, und bei denen nur vaginaler Kaiserschnitt, bzw. Hysterotomie oder Metreuryse in Frage kommen. — Das Bedürfnis nach einem geeigneten Apparat datiert aus uralten Zeiten, so befindet sich im Hunterschen Museum in London ein schraubenförmiges Dilatatorium aus den Zeiten von Herkulanum und Pompeji. Es werden die Gründe besprochen, infolge deren sowohl das Bossi'sche als auch das von dem Vortr. vor 11 Jahren angegebene achtarmige Instrument die gewünschten Erfolge bis nun nicht erzielt haben. — F. stellt sodann seinen zweiten, neuen Apparat vor, welcher die Vorteile eines Metreurynters und eines rasch wirkenden Dilatators verbindet. Die verfeinerte Konstruktion trägt der physiologischen Entfaltung des Kollums und des Muttermundes gewissermaßen Rechnung. Die reichliche Zahl der Schenkel übt einen gleichmäßig verteilten Druck auf die Weichteile, die 16 Branchen eröffnen trichterförmig eine elastische Gummikappe mittels einer Schraube. Diese Kombination

Digitized by Google

eines Metreurynters mit der mechanischen Wirkung eines Dilatators wird wohl dem Zwecke vollkommen entsprechen. — Es werden sodann die technischen und statischen Angaben gemacht, die für die Brauchbarkeit der raschen, mechanischen Erweiterungsmethode — bei Unvollkommenheit anderer Methoden — von Wichtigkeit sind.

Diskussion zu Neuwirth, Frommer.

Karl A. Herzfeld (Wien): Es gibt auf jeder Versammlung eine Reihe von Vorträgen, die nicht einen Moment ohne Widerspruch bleiben dürfen. Zu dieser Kategorie gehört der Vortrag des Herrn Neuwirth. Ein schwerer Rückschritt in alte längst vergangene Zeiten und Ansichten bedeutet der vom Vortr. gemachte Vorschlag, und die Zeiten des alten Osiander tauchen vor unseren Augen wieder auf. Alle Regeln unserer Kunst scheinen über den Haufen geworfen und wir müssen uns dagegen wehren, daß solche Irrlehren von dieser Stelle ausgehen. Seit jeher lernen wir und lehren wir, daß die Zange ein unschädliches Instrument sein soll, unschädlich für Mutter und Kind, und das ist sie nur dann, wenn sie, in der Austreibungsperiode gebraucht, die im einzelnen Falle mangelnde Vis a tergo der Mutter zu ersetzen bestrebt ist. In den Fällen des Vortr. wird sie jedoch schon in der Eröffnungsperiode zur Anwendung gebracht. Zu einer Zeit, wo die Geburt noch lange nicht genügend vorbereitet ist. Wenn wir hören, daß bei einem fünfkronengroßen Muttermunde und eben erst künstlich gesprengter Blase der Forceps eingeführt und die Zangenoperation ausgeführt werden soll, müssen wir uns wohl fragen, ob eine solche Zangenoperation indiziert sei, und ob die kolossalen Gefahren einer solchen Operation gerechtfertigt sein können. Aber auch die anderen Angaben des Vortr. zeigen, daß er andere Ansichten über die Vorgänge bei der Geburt hat als wir alle. Sonst könnte ich nicht verstehen, wieso er bei einem zu schwach arbeitenden Uterus, mangelndem räumlichen Mißverhältnisse und unerweitertem Muttermunde eine Dehnung des unteren Uterinsegmentes beobachtet haben könnte. Daß die Einführung der Zange bei noch engem Muttermunde und hochstehendem Schädel eine schwere Schädigung für die Mutter insbesondere bedingt, ist wohl einleuchtend, und ich fürchte, daß der vom Vortr. propagierte intrauterine Forceps sehr häufig zu einem extrauterinen gemacht würde. Daß die Dehnung des unerweiterten Collums durch eine solche Zangenoperation für die Mutter viel gefährlicher ist wie einige unter der Kontrolle des Auges gemachte und nachher vernähte Einschnitte am Muttermunde ist wohl jedem klar. Wir müssen daher von dieser Stelle aus energischen Protest erheben gegen Publikationen, welche geeignet sind, die allgemein geltenden Grundsätze unserer Wissenschaft in kritikloser Weise herabzusetzen.

Fleischmann (Wien): Der Vorschlag des Herrn Vortr. ist an die geburtshilflichen Praktiker gerichtet, und in dieser Eigenschaft möchte ich meine Stellungnahme zu demselben festlegen. Wir betrachten es als unabweisbare Pflicht vor Ausführung einer jeden, namentlich aber einer atypischen geburtshilflichen Operation die Verhältnisse des Beckens und der Weichteile genau zu untersuchen und unsere Indikation sorgfältig zu begründen. Nichts von alledem enthält der Vortrag.

Wenn sich die vorgeschlagene Operation auf die Fälle bezieht, in denen nach langer Wehenarbeit, nach Wasserabfluß die Zange an den mit einem Segment im Beckeneingang stehenden Kopf angelegt werden muß, auch dann, wenn der Muttermund noch nicht verstrichen ist, bietet der Vorschlag nichts Neues.

Wir haben stets, wenn auch nicht mit der Zange, sondern mit dem zart tastenden Finger den Muttermund sanft und schonend gedehnt und erweitert ohne besondere Jongleurkünste dabei anzuwenden. Handelt es sich aber um einen über

Digitized by Google

dem Beckeneingange beweglichen Kopf, dann hat die Zange in der Gebärmutter nichts zu suchen.

Der Herr Vortr. hat einen Ausspruch unseres verehrten Chrobak zitiert, man möge sich nicht verleiten lassen, im Privathause eine Hysterostomatomie auszuführen. Ich glaube Chrobak besser zu ehren, wenn ich Ihnen zurufe: Wagen Sie sich an einen Forceps intrauterinus Neuwirth ja nicht heran, weder im Privathause noch in der besteingerichteten Anstalt!

Hofmeier, Sellheim, Hammerschlag (Berlin) ergreifen das Wort, um Herrn Neuwirth zu überzeugen, daß seine Methode den Grundprinzipien der Geburtshilfe widerspreche. —

III. Sitzung.

Ia. A. Theilhaber (München): Der Einfluß des Lebensalters auf die Entstehung des Karzinoms.

Je weniger Zellen das Bindegewebe besitzt, um so leichter dringt das Epithel in dasselbe ein. Jugendliches Bindegewebe ist sehr zellreich, das Bindegewebe alter Leute dagegen ist ärmer an Zellen. Dies ist ein Faktor, der die große Disposition alter Leute zum Karzinom erklärt. Ein zweiter Faktor ist die schlechte Blutversorgung der Gewebe alter Leute.

Das in das Bindegewebe vordringende Epithel pflegt bei guter Blutversorgung Hyperämie hervorzurufen, die zu stärkerer Infiltration des Bindegewebes mit Zellen führt, die Folge ist die Etablierung einer Schutzwehr gegen das weitere Vordringen des Epithels. Diese Schutzwehr kommt bei schlechter Blutversorgung der Gewebe infolge von Stenose der Gefäße nicht oder nicht ausgiebig genug zustande. Einen dritten Faktor für die Entstehung der Karzinome bildet die mit dem Alter zunehmende Atrophie der blutbildenden Organe, der Milz, des Knochenmarks, der Lymphdrüsen, der Peyer'schen Plaques usf. Doch pflegen alle diese Momente nur dann die unaufhaltsame Wucherung des Epithels zu ermöglichen, wenn schon länger eine Schädigung des Bindegewebes der betreffenden Stelle durch Narbenbildung, chronische Entzündung usf. vorhanden war. Letztere Momente können auch schon in der Jugend zum Karzinom führen, wenn sie große Gewebsstrecken befallen haben, und wenn dabei die Blutbildung eine mangelhafte ist.

Ib. A. Theilhaber (München): Die Nachbehandlung nach Beseitigung von Karzinomen.

Nach (durch Operation oder Ätzung erfolgter) Beseitigung des Krebses können Rezidive entstehen durch Zurückbleiben von Resten von Karzinomen, durch die Schrumpfung der Operationsnarbe, durch die noch nicht beseitigte lokale und humorale Disposition. Die Nachbehandlung mit radioaktiven Stoffen ist gegenüber den zurückbleibenden Resten wirksam, kann aber weder die Narbenschrumpfung, noch die lokale und humorale Disposition beseitigen, im Gegenteil durch Schädigung der blutbildenden Organe kann sie infolge der durch sie zuweilen hervorgerufenen Leukopenie geradezu schädlich wirken.

Gegen die lokale Disposition wird am wirksamsten durch Hyperämisierung vorgegangen. Diese läßt sich leicht durch Anwendung der Stauung, der Diathermie, der Injektion von Organextrakten usw. hervorrufen.

Die humorale Disposition ist zum Teil veranlaßt durch eine Atrophie der blutbildenden Organe, letztere können zu stärkerer Tätigkeit veranlaßt werden durch Aderlässe, Injektion von Organextrakten, Arsenik, durch klimatische Kuren, Bewegungskuren usw.

Digitized by Google

Nach Exstirpation von Sarkomen ist die Hyperämie unzweckmäßig, hier ist die Strahlentherapie in Anwendung zu bringen. Bei den Sarkomen wird das Wachstum meist durch Hyperämie begünstigt im Gegensatz zum Karzinom.

Die klinischen Erfolge bei der nun über 4jährigen Anwendung dieser Nachbehandlungsmethoden waren in der Praxis des Referenten und einzelner anderer Ärzte ausgezeichnet.

II. O. Frankl (Wien): Über Analogien zwischen Mäusekrebs und Menschenkrebs.

Wenn wir die außerordentlichen Leistungen der experimentellen Krebsforschung im letzten Jahrzehnt überblicken, so können wir mit Befriedigung konstatieren, daß unsere Kenntnisse über das Wesen, die Wachstumsbedingungen und die Zellbiologie des Krebses wesentliche Erweiterung erfahren haben. Um so schwerer fiel die bekannte und viel zitierte, im Vorjahre gefallene Äußerung v. Hansemann's ins Gewicht, der zwischen Mäusekrebs und Menschenkrebs so weitgehende biologische Unterschiede findet, daß er zwischen beiden irgendeine Parallele zu ziehen überhaupt nicht imstande ist. Die Autorität v. Hansemann's verleiht dieser Anschauung so schweren Nachdruck, daß die gesamte, mit so großem Aufwand an Fleiß bisher geleistete experimentelle Forschungsarbeit, aber auch jede fernere Verfolgung dieser Arbeitsrichtung von fraglichem Werte für die Erkenntnis des Menschenkrebses erscheint, wenn nicht die Beziehungen zwischen Mäusekrebs und Menschenkrebs durch breit angelegte Studien aufs Neue geklärt werden. Seit mehr als 4 Jahren auf diesem Gebiete tätig, möchte ich heute über meine Studienergebnisse in dieser prinzipiell so wichtigen Frage ganz kurz berichten.

Die künstlich erzeugten Krebse der Mäuse stellen in der Tat zirkumskripte, wohl umgrenzt wachsende Tumoren dar, die leicht ausschälbar sind und denen keine wesentliche Neigung zu infiltrativem Wachstum zukommt. Metastasen sind wohl vielfach, infiltratives Wachstum ist gelegentlich beschrieben. Doch ist nicht zu leugnen, daß beide im allgemeinen seltene Vorkommnisse darstellen und jedenfalls nicht ins regelmäßige Erscheinungsbild des Mäusekrebses gehören. Spontantumoren zeigen allerdings größere Neigung zur Metastasierung. Somit wäre bei oberflächlicher Betrachtung die Frage in dem Sinne entschieden, daß den sogenannten Krebsen der Mäuse die Attribute eines malignen Tumors nicht zukommen. Eingehenderes Studium der Frage führt uns indes zu anderen Resultaten.

Fragen wir uns zunächst, welche Momente das infiltrative Wachstum und die Metastasierbarkeit eines Tumors bestimmen, so ist zunächst die Beschaffenheit der Tumorzelle selbst, die Gewebsbeschaffenheit an der Stelle des Tumorsitzes und schließlich sind allgemeine, wir können wohl sagen serologisch definierbare Qualitäten des Geschwulstträgers von entscheidendem Belange. Alle drei Punkte müssen in Erörterung gezogen werden, wenn wir über die Stellung des Mäusekrebses zum Menschenkrebs Aufklärung gewinnen wollen.

Über die außerordentliche Wucherungstendenz der Mäusekrebszelle kann kein Zweifel bestehen. In wenigen Tagen entwickeln sich nußgroße Tumoren, in wenigen Wochen können die Tumoren größer sein als das Tier. Über die Fähigkeit der Mäusekrebszelle, fremdes Gewebe zu destruieren, läßt die gewöhnliche Implantation oder Injektion am Rücken kein Urteil zu. Der Tumor findet im lockeren Zellgewebe so ungehinderte Ausbreitungsmöglichkeit, daß ein destruierendes Wachstum kaum in Frage kommt. Anders bei intramuskulärer Injektion. Man sieht hier, daß der Tumor nicht bloß zwischen den einzelnen Muskelfasern

Digitized by Google

wächst, sondern daß er dieselben direkt konsumiert und ihre Stelle einnimmt, wie dies mehrfach beschrieben wurde. (Demonstration.) Das Gleiche gilt für die Injektion in parenchymatöse Organe. Dazu kommt, daß Versuche mit der Freund-Kaminer'schen Reaktion, angestellt mit Mäusekrebsemulsion und Mäuseserum, mir in mehreren Versuchsreihen das Resultat ergeben haben, daß das Mäuseserum sich nicht so verhält wie menschliches Serum, indem Mäuseserum die Zellen des Mäusekrebses nicht zerstört, sondern konserviert. (Im Gegensatz zum Verhalten des Menschenserums, auch des Rattenserums.) Es wird hierdurch die eminente Disposition der Maus für das leichte Angehen von Injektaten erklärlich, das rasche Wachsen der Tumoren leicht verständlich.

Wollen wir die reinen Eigenschaften der Mäusekrebszelle erkennen, so müssen wir die bestimmenden Komponenten des Tumorwachstums im einzelnen beeinflussen. Derartige Versuche liegen mehrfach vor. An dieser Stelle seien bloß die Versuche von Wrozek hervergehoben, der bei Impfung in den Schwanz der Maus reiche Ausbeute an Metastasen erhielt, indem das Wachstum des Implantates durch die Natur der Implantationsstelle gehemmt wurde.

Meine eigenen Versuche bezweckten, das injizierte Material in seiner Angehfähigkeit abzuschwächen. Ich ging hierbei von meiner schon vor Jahren gemachten Beobachtung aus, daß Tiere, denen man nicht reine Krebsemulsion, sondern Krebs- und Milzbrei gemengt injiziert, nicht selten Metastasen in den inneren Organen aufweisen. Noch häufiger erscheinen Metastasen, wenn man den Krebsbrei mit Lymphdrüsenbrei vermengt injiziert. Ich dachte anfangs an eine elektive Wirkung des lymphadenoiden Gewebes, zumal der Milz und den Drüsen eine gewisse immunisatorische Kraft auch gegen das Karzinom nicht abgesprochen werden kann. Aber bald überzeugte ich mich, daß dem lymphadenoiden Gewebe eine die Metastasen protektiv beeinflussende Kraft nur in besonders hohem Maße zukommt, indes durch jedes Mittel, welches das Angehen des Implantates verlangsamt, Metastasen — freilich seltener — provoziert werden können. Durch Vermengung des Krebsbreies mit Blut, mit Leber- und Nierenbrei, aber auch durch Röntgenbestrahlung des Krebsbreies vor der Injektion erzielt man Metastasen. (Demonstration zahlreicher makro- und mikroskopischer Präparate, Metastasen in den verschiedensten Organen zeigend.)

In einer früheren Arbeit habe ich den wachstumshemmenden Einfluß des lymphadenoiden Gewebes auf den Mäusekrebs erörtert, wobei auch die verringerte Gesamtausbeute positiver Impfungen bei Mischinjektion von Krebs- und Drüsenbrei betont wurde. Geht der Impftumor langsam an, so entstehen häufig Metastasen. Gleich hier aber soll allen Nachprüfern dieses leicht ausführbaren Experimentes Wahrung äußerster Asepsis empfohlen werden, da Infektion des Implantates den Effekt sicher zerstört.

Der langsam wachsende Tumor zeigt aber nicht nur Neigung zur Metastasenbildung, sondern auch Tendenz zu infiltrierendem und destruierendem Wachstum, und zwar weitaus häufiger als der rein erzeugte Impftumor. Ich besitze eine ganze Serie von Präparaten, an welchen makro- und mikroskopisch Vordringen des Tumors durch die Wirbelsäule, ins Innere der Wirbelknochen, ja ins Innere des Wirbelkanales zu verfolgen ist, an denen Kompression, aber auch Destruktion des Rückenmarkes mit all den bekannten Folgen, wie Lähmung der hinteren Extremitäten, der Blase, des Mastdarms aufs deutlichste zu sehen sind. (Demonstration makro- und mikroskopischer Präparate.)

Ich legte mir naturgemäß die Frage vor, warum der schnell wuchernde Impftumor in der Regel keine Neigung zur Metastasierung und zu infiltrierendem

Digitized by Google

Wachstum hat, während der künstlich in seinem Wachstum gehemmte Tumor diese Eigenschaften zeigt. Daß Immunisierung der inneren Organe durch den subkutan wachsenden Tumor dabei nicht in Frage kommt, wurde bereits durch mehrere Autoren überzeugend dargetan. Auch die Atrepsie kommt hier nicht in Frage. Versuche mehrfacher Simultan- und Sukzedanimpfung ergaben, daß die Gesetze der Atrepsie mit Reserve aufzunehmen sind. Gemeinsam mit Herrn Dr. Bauer ausgeführte Experimente zeigten, daß an 2, an 3, selbst an allen 4 Extremitäten gemachte Simultanimpfungen, aber auch bei Bestehen großer Tumoren ausgeführte Sukzedanimpfungen (jeweils mit dem gleichen Stamme vorgenommen) positive Resultate ergaben. (Demonstration.) Wir lassen für die Erklärung der fraglichen Erscheinungen die Atrepsie besser aus dem Spiel, da es näher liegt, anzunehmen, daß bei allzu raschem, ungehemmtem Wachstum die Tiere ihre Metastasen einfach nicht erleben. Die Metastasen bedürfen immerhin einer gewissen Zeit zur Auskeimung. Wächst aber der primäre Tumor allzu rapid, so tritt rasch Erschöpfung ein, das Tier stirbt, ehe die Metastasen ausreifen. Das Tiefenwachstum bei Mischinjektion ist so zu erklären, daß der langsamer wachsende Tumor Zeit findet, zur Unterlage in intimere Beziehungen zu treten, mehr endophytisch vordringt und hierbei die ureigenen Qualitäten der Tumorzelle voll entfaltet.

Aus diesen Versuchen geht hervor, daß die ganz enorme Empfänglichkeit der Maus, ferner die allzu günstige Beschaffenheit der gewöhnlichen Impfstelle die wahren Eigenschaften der Mäusekrebszelle verschleiern und trotz der bekannten hohen Proliferationskraft der Mäusekrebszellen eminente Unterschiede zwischen Mäusekrebs und Menschenkrebs quoad Biologie bedingen. Im Wesen der Tumorzelle liegt die Differenz zwischen Mäusekrebs und Menschenkrebs nicht begründet, und keinesfalls dürfen wir dem Mäusekrebs die Attribute des malignen Tumors absprechen. Gewiß bestehen histologische und biologische Differenzen zwischen Mäusekrebs und Menschenkrebs; doch sind sie nicht derart, daß sie v. Hansemann's Ausspruch, der einer Ablehnung der weiteren Forschung auf dem Gebiete des Mäusekrebses gleichkommt, rechtfertigen könnten. Die Karzinome der Mäuse sind trotz der bekannten Qualitäten der artefiziellen Rückentumoren maligne Tumoren, und die Fortsetzung ihrer experimentellen Erforschung verspricht auch für die Erkenntnis des Menschenkrebses hohen Gewinn.

III. Seeligmann (Hamburg): Erfolge mit der kombinierten Chemo- und Röntgentherapie maligner Geschwülste.

Vortr. beschäftigt sich seit einem Jahre mit dieser Therapie. Ausgehend von einem Fall, den er seit $2^1/_2$ Jahren behandelt. Der Fall betrifft eine 24jährige Person, bei der er damals ein Ovarialsarkom von 10 Pfund per Laparotomie entfernte. Nach einem Jahr trat ein Rezidiv auf, das er mit Chemo- und Röntgentherapie behandelte. Nach einiger Zeit trat eine Metastase in der Wirbelsäule auf. Auch diese schwand durch die erwähnte Therapie. Seither verwendet er die kombinierte Methode an Rezidiven von Uteruskarzinomen. Nach seinen bisherigen Erfahrungen kann Redner mit Bestimmtheit sagen, daß nicht nur die Rezidiive auf diese Therapie hin zurückgehen, sondern auch das Allgemeinbefinden gehoben wird. Bei einem Uteruskarzinom, nach Wertheim operiert, trat ein Knoten am Foramen ischiadicum auf. Durch 8—9000 mg Stunden Radium wurde der Tumor ganz zum Schwinden gebracht.

IVa. Ingenieur Dessauer (Frankfurt a. M.): Fortschritte in der Erzeugung harter Röntgenstrahlen.

Für die ganze Zukunft der Strahlung der Radiumtherapie ist es von Be-

Digitized by Google

deutung sich Vorstellungen zu machen, wie eigentlich die Strahlen in die Gewebe eindringen und was sie dort tun. Hier kommt uns zu Hilfe, daß vor kurzer Zeit von Wilson eine Reihe von Arbeiten publiziert wurden, die ein ungefähres Bild der Vorgänge experimentell hervorzurufen und photographisch festzuhalten gestatten. Dessauer demonstriert die Arbeiten Wilsons in Projektion.

Zunächst ist die γ-Strahlung härter wie die Röntgenstrahlung. Aber wir fanden, daß bei Röntgenröhren, die in bestimmter Weise betrieben werden, immer ein Anteil sehr harte rStrahlen mit auftritt, den man herausfiltrieren kann, und die Distanz zwischen den harten Graden der X-Strahlung und der γ-Strahlung hat sich wesentlich verringert. Ich kann Ihnen darüber heute keine exakten Tatsachen geben, weil die Messungen sehr schwierig sind. Es scheint aber, als ob man etwa auf $^3/_4$ des Härtegrades der γ-Strahlen käme.

Da es nun möglich ist, mit der Mayer-Sellheim'schen Röhre die Röntgenstrahlen im Innern des Körpers zu erzeugen, so gibt es zweifellos Fälle, in denen wir schon jetzt das Radium durch die Röntgenröhren ersetzen können. Vortr. projiziert einen Schnitt durch die neue Röntgenröhre, woraus man sehen kann, daß die X-Strahung nicht an einem Punkt sondern an der Innenwand eines Kegels entsteht. Dessauer hat dies deswegen so konstruiert, weil die Strahlenverteilung dann günstiger ist und sich mehr der eines mit Radium gefüllten Röhrchens nähert. Vortr. bespricht seinen Reformapparat, der in vielen Kliniken Eintritt gefunden hat. Er beruht auf der Überlegung, daß von der elektrischen Energie, die in eine Röhre fließt, ein um so größerer Anteil in X-Strahlen und besonders in harte X-Strahlen verwandelt wird, je mehr die Entladungsform, die wir in die Röhre hineinsenden, bestimmten Voraussetzungen entspricht. Die Stromdichte spielt dabei eine große Rolle, es entsteht um so mehr harte X-Strahlung, je größer die Stärke des Stromes in der überaus kurzen Zeit ist, in welcher eine Entladung sich vollziehen soll, d. h. nicht, viel Ampère durch die Röhre senden, sondern es heißt, daß die wenigen Entladungsstöße, die wir in die Röhre leiten, möglichst stark sind. Ing. Amrhein hat eine neue Röhre konstruiert, die gleichfalls demonstriert wird. Durch die außerordentlich starke Kühlung, die hinter der Antikathode beim Aufprallen des Wasserstaubnebels stattfindet, läßt sich die Stromdichte beim Reformapparat nunmehr erheblich steigern, und wir bekommen sehr große Tiefenwirkungen. Eine Kurve aus einer Versuchsreihe zeigt, daß bei der mäßigen Belastung von nur 4 Milliampère in 10 Minuten unter 3 mm Aluminium 53 X erzeugt wurden, und daß z. B. unter 2 cm Fleisch noch 35 X, ja sogar unter 14 cm Fleisch noch 6 X dabei erreicht worden sind. Die mittlere Stromstärke von 4 Milliampère ist auffallend gering gegen die so erzeugte Riesendosis, welche die höchsten bisher erreichten um mindestens das Doppelte übersteigt. Wir erreichten mehrmals 70 X in 10 Minuten unter 3 mm Aluminium. Wenn man also annimmt, daß unter dem Aluminiumfilter als Eingangspforte 20 X appliziert werden dürfen, so läßt sich das bequem in 3 Minuten erreichen und zwar, da der Reformapparat mehrere Röhren zu gleicher Zeit betreibt, an mehreren Stellen zugleich. Die Behandlungsdauer wird dadurch auf $^1/_6$ bis $^1/_2$ abgekürzt, die Tiefenwirkung heraufgesetzt.

IVa. Sellheim (Tübingen): Neue Wege zur Steigerung der zerstörenden Wirkung der Röntgenstrahlen auf tiefliegende Geschwülste.

Um die Strahlentherapie wirklich populär zu machen, ist der nächste Weg, die Röntgentechnik zu verbessern, schon um den Teil der Behandlung zu übernehmen, welcher durch Radium, einfach weil der Vorrat erschöpft oder der Marktpreis zu hoch ist, nicht gedeckt werden kann.

Digitized by Google

Die Röntgentechnik muß sich im einzelnen ihren Konkurrenten, das Radium, zum Muster nehmen und auf »Radiumähnlichkeit« bei der Strahlenerzeugung ausgehen.

Die erste Forderung, auf deren Erfüllung wir hinarbeiten, ist, unsere Strahlenproduktion von vornherein so einzurichten, daß in der Hauptsache nur die zum Angreifen tiefliegender Geschwülste brauchbare, durchdringungsfähigste Strahlung erzeugt wird, ohne daß wir die für unsere Zwecke überflüssigen, ja sogar nachteiligen, wenig durchdringungsfähigen Strahlen vergeblich mitproduzieren. Die Röhre ist so zu betreiben, daß von der hineingeleiteten elektrischen Energie ein möglichst großer Anteil in harte X-Strahlung transformiert wird. Die Verbesserung ist bereits in die Praxis eingeführt, wenigstens entsprechen die von den Veifawerken gelieferten Apparate der Dessauer'schen Forderung in steigendem Maße.

Ein zweiter Punkt, um welchen sich unsere Bestrebungen drehen, ist die Benutzung der bis zum Tumor geleiteten Primärstrahlung, um dort unmittelbar am Tumor oder im Tumor selbst eine möglichst stark zerstörend wirkende Sekundärstrahlung zu erregen.

Es mag dahingestellt bleiben, ob und in welchem Maße diese bewußt gesteigerte Sekundärstrahlenerzeugung etwa von der gewöhnlichen, zerstörenden Wirkung der auf die Geschwulst auftreffenden Strahlen verschieden ist.

In Anbetracht der bei Elementen mit hohem Atomgewicht besonders kräftig auftreffenden Sekundärstrahlung dürfte die Einverleibung von Metallen usw. in irgendeiner dafür benutzbaren Form, auf irgendeinem gangbaren Wege in den zu bestrahlenden Tumor und das Ansprechen der Sekundärstrahlung durch primäre Röntgenstrahlung aussichtsreich sein.

Eine weitere, nunmehr der Lösung nahegebrachte Aufgabe ist, durch eine Verbesserung der Antikathodenkühlung die Leistungsfähigkeit der Röntgenröhre zu steigern. Es ist Herrn Amrhein, Ingenieur an den Veifawerken, gelungen, durch Wasserzerstäubung auf der Antikathodenrückfläche und gleichzeitige Zuführung von mehr elektrischer Energie in geeigneter Form die höchste erreichbare Dosis durchdringungsfähiger Strahlen in einem Bruchteil der bis jetzt von den besten Konstruktionen benötigten Zeit und darunter einen im Sinne der Radiumähnlichkeit voraussichtlich noch weiter zu steigernden Strahlenanteil von ganz besonderer Härte zu erzeugen.

Schließlich ist es S. in Gemeinschaft mit Herrn Edgar Meyer gelungen, eine gut funktionierende Röntgenröhre zu konstruieren, bei welcher, kurz gesagt, die Bremsvorrichtung für die Kathodenstrahlung, also die Antikathode, mit dem der Geschwulst möglichst anzunähernden Filter für das Abfangen der weniger durchdringungsfähigen Strahlen direkt zusammenfällt.

Bei der Röhre wird die Strahlung der Antikathodenhinterfläche benutzt, wobei das Antikathodenblech als Strahlenquelle an die Peripherie des Rohres, in die Wand des Rohres selbst, ja sogar an das Ende eines für die Einführung in geräumigere Körperhöhlen geeigneten langen Ansatzes verlegt werden kann. Ein weiterer Vorteil dieser Konstruktion ist, daß die von der Antikathodenhinterfläche ausgehenden Röntgenstrahlen durch das Antikathodenmetall bereits gefiltert sind. Der Härtegrad der austretenden Strahlen kann durch die Abmessungen der Dicke des Antikathodenbleches, seine Zusammensetzung oder ein damit kombiniertes Filter modifiziert werden. Dieses »Antikathodenfilter« oder die »Filterantikathode«, wie man sagen will, ist nicht an eine bestimmte Form

Digitized by Google

gebunden. Die Strahlenquelle könnte außer der von der gewöhnlichen Antikathode her bekannten flächenhaften Gestalt auch eine mehr röhrenförmige oder konische Gestalt erhalten, wodurch die von ihr ausgehende Strahlung räumlich in ähnlicher Weise angeordnet wird wie bei dem in eine Röhre eingeschlossenen Radiumpräparat. Die größte Ähnlichkeit mit dem Radium ist aber vielleicht in der Intensitätsvermehrung durch die Möglichkeit der starken Annäherung der Strahlenquelle an die Geschwulst zu erzielen.

Da durch die Benutzung der rückwärtigen Antikathodenstrahlung ceteris paribus die Intensität der austretenden harten Strahlen im Gegensatz zu einer Antikathode gewöhnlicher Röntgenröhren beträchtlich gesteigert wird, sind selbstverständlich Versuche mit dieser Röhre zu Heilzwecken nur unter der allergrößten Vorsicht durchzuführen.

Außer dem Beschreiten dieser im einzelnen aufgeführten Wege ist vor allen Dingen von der Benutzung der Kombination des einen oder anderen oder aller geschilderten Verfahren ein Weiterkommen in der Strahlentherapie zu erwarten.

VI. Reifferscheid (Bonn). Zur Röntgentherapie in der Gynäkologie.

R. berichtet über 121 Fälle, die er seit April 1911 der Röntgenbehandlung unterworfen hat. Die Erfolge bei den Myomen (49) und den Menorrhagien (42) waren ausgezeichnet. Ebenso wurden bei Tuberkulose (2) und zum Teil bei der Nachbestrahlung durch Operation entfernter maligner Tumoren gute Resultate erzielt. Dagegen konnten bei Dysmenorrhöe, Pruritus, Osteomalakie keine wesentlichen Erfolge erzielt werden.

Die Röntgenbehandlung ist zur Behandlung der Myome und Menorrhagien bei Frauen jenseits der 40er Jahre das beste Verfahren. Eine Ausnahme bilden die polypösen, submukösen Myome und verjauchende und malign entartete Tumoren. Bei jungen Frauen ist die Röntgenbehandlung die Methode der Wahl, wenn die Operation aus irgendeinem Grunde kontraindiziert ist. Sonst ist die Operation mit Erhaltung der Ovarien vorzuziehen, ganz besonders dann, wenn durch Enukleation die Gebärfähigkeit erhalten werden kann. Die klimakterischen Blutungen sind eine Domäne der Röntgenbehandlung.

Verbrennungen der Haut kamen in dem Material von R. nicht vor. Sie müssen auch unter allen Umständen vermieden werden, und deshalb sollte auch bei 3 mm Aluminiumfilter nicht mehr als 10 X auf einer Hautstelle gegeben werden nud stets genaue Messung der Röntgenstrahlenmengen stattfinden.

Die angewandte Technik richtete sich bis Oktober 1912 im wesentlichen nach den Vorschriften von Albers-Schönberg. Benutzt wurde ein Induktorapparat von Reiniger, Gebbert & Schall. Dabei wurde bei Myomen die Heilung in durchschnittlich 6—8 Monaten und bei einer Dosis von 140 X erzielt.

Da die Einzelsitzungen und die Gesamtbehandlung zu lange dauerte, wurde seit Oktober 1912 die Technik geändert. Es wurde der Reformapparat der Veifawerke benutzt und von 8 Feldern aus in jeder Sitzung insgesamt 80 X gegeben und diese Dosis nach 3 Wochen wiederholt. Dabei wurde eine Abkürzung der Behandlung auf 4 Monate erzielt, bei einer Steigerung der Durchschnittsdosis auf 430 X.

R. warnt davor, allzu große Dosen, wie sie die Intensivbestrahlung verlangt (1480 X im Durchschnitt) anzuwenden, da der Röntgenkater durchaus keine gleichgültige Erkrankung ist, und die Gefahr der Spätschädigung vorliegt. Die Behandlung, wie R. sie vorträgt, hat den Vorteil, daß sie die Funktion der Ovarien nur allmählich ausschaltet, und damit die Ausfallserscheinungen milder gestaltet.

Digitized by Google

Auch sind die Kosten der Behandlung ganz erheblich geringer als die der Intensivbehandlung. Dabei bringt sie ebenso sichere Heilung.

VII. A. Scherer und B. Kelen: Über die kombinierte Behandlung mit Röntgen- und Radiumstrahlen des Uteruskrebses.

Die I. Universitäts-Frauenklinik, Budapest (Prof. Bársony) verwendet die Röntgentiefentherapie seit anfangs Februar 1910. Es wurden sehr harte Röhren (1,5—1,8 mm Christen) benutzt. Als Filter dient eine Aluminiumplatte von 3 cm Dicke. Härte der Strahlen unter dem Filter gemessen 4—4½ cm Christen. Um so hohe Strahlenhärten messen zu können, wurde ein kleiner Apparat konstruiert, der mitbestrahlt wird und den Härtegrad zugleich mit der Dose angibt. Als Dosimeter wird das Holzknecht'sche verwendet. Die Meßpastillen jedoch liefern ungleiche Resultate. Deshalb wird von einer jeden Pastillensendung zuerst eine Pastille mit 5 mg Radiumkarbonat 36 Stunden lang aus 1 cm Ferne bestrahlt und die Farbe mit der Holzknecht-Skala verglichen. Um eine Röntgenvolldose zu erreichen, wird dann so lange bestrahlt bis genau dieselbe Verfärbung wie bei dem Radium eintritt. Es wird bei flachem Unterleib von vorn, womöglich mit einer einzigen Röhrenstellung aus größerer Distanz bestrahlt, weil sich die Tiefendose im Vergleiche zur Oberflächendose dann vorteilhafter gestaltet. Bei näherem Abstand eine größere Strahlenmenge in die Tiefe schicken zu wollen, widerspricht den Gesetzen der Physik, und es wurde die Optimaldistanz von Chrisen physikalisch und mathematisch auf 30—40 cm festgestellt.

Zeichnet man von der Nahkreuzfeuerbestrahlung (Felderbestrahlung) eine Skizze mit genauen Abmessungen auf Millimeterpapier, so ergibt sich, daß nur schmale Randpartien zweimal getroffen werden. Es erscheint somit das Kreuzfeuer illusorisch, um so mehr, da man bei pathologisch verlagerten Organen nicht einmal genau orientiert ist, wohin das Kreuzfeuer zu richten wäre.

Bei einstelliger Bestrahlung bekommt jede Hautpartie dieselbe Dose wie bei der mehrstelligen, trotzdem werden die einzelnen Teilbestrahlungen bei den Abgaben der Feldbestrahlungsdosen addiert. Es resultiert dadurch ein riesiger, aber nur scheinbarer Unterschied, welcher bei richtig applizierten Bestrahlungen gar nicht existiert. Die Dosenangaben sind einander nicht vergleichbar, weil sie mit verschiedenem Maß gemessen worden sind. Wir bestrahlen die Pat. anfangs jede 2. Woche, später jede 3.—4. Woche. Die Volldose wird womöglich in einer einzigen Sitzung verabreicht. Eine einmalige Dose wirkt kräftiger als vereinzelte schwache Dosen.

Im ganzen standen 218 Karzinomfälle in Behandlung (seit anfangs Februar 1910 mit Röntgen, seit 28. Mai 1911 Kombination mit Röntgen- und Radiumstrahlen).

Prophylaktische Bestrahlungen nennen Vortrr. die nach radikalen Operationen prophylaktisch gegen Rezidivie bestrahlten Fälle. Von 77 Kranken besitzen Vortrr. über 58 bestimmte Daten von Nachuntersuchungen. Die übrigen entzogen sich nach 1—2maliger Bestrahlung der Behandlung. Von 58 Pat. sind 10 gestorben; von den übrigen sind 5 seit 3 Jahren, 15 seit 2 Jahren, 20 seit 1 Jahre und 8 seit ½ Jahre rezidivfrei. Gegenüber den früheren Daten des klinischen Hauptbuches für Uteruskarzinome zeigt diese Ziffer eine Besserung der Rezidivfreiheit um ca. 10,5%.

Alleinige Röntgenbestrahlung bei inoperablen Uteruskarzinomen seit Anfang 1910. 103 inoperable Uteruskarzinome und 5 Fälle von Ovarialtumoren.

Erwähnenswert:

Digitized by Google

1) 24 Fälle seit $1^1/_2$—2 Jahren in Behandlung mit auffallendem Verschwinden der lokalen und allgemeinen Symptome.

2) 3 Fälle mit gänzlicher Zurückbildung der Rezidivknoten.

3) In 2 Fällen vollständige Heilung, da diese seit mehr als 3 Jahren in Beobachtung stehen.

4) 2 scheinbar inoperable Fälle wurden infolge der Bestrahlung operabel.

5) 1 geheilter Fall von Actinomycosis ovarii und 1 Mammakankroid.

Kombinierte Behandlung in den Anfangszeiten der Versuche (Röntgen und Radium mit schwachem Filter) 14 Fälle.

Kombinierte Behandlung mit Röntgen und Radium (starkes Filter, protrahierte Anwendung). 4 Fälle (inoperables Carcinoma portionis), bei denen schon nach 4monatlicher Behandlung ein bedeutender, teilweise vollständiger Schwund der Karzinomgeschwulst und auffallende Besserung des Allgemeinbefindens konstatierbar war. 1 Fall von Scheidenkarzinom, 1 Fall von Ulcus tuberculosum portionis noch in Behandlung.

Vortrr. kommen zu folgender Konklusion:

Bei den malignen Geschwülsten müssen Röntgenstrahlen und Radium gemeinsam verwendet werden. Hat man einen fühlbaren Krebsknoten, so muß an Ort und Stelle Radium mit Kontaktwirkung gebraucht werden. Die Röntgenstrahlen beeinflussen die entfernter liegenden und durch Radium nicht beeinflußbaren Infiltrationen und Kontiguitätsmetastasen. Sie arbeiten seit $2^1/_4$ Jahren mit reinem Radium-Karbonat entsprechend einer Radium-Bromidmenge von 27 mg. Diese relativ kleine Menge von Radium muß länger liegen bleiben, und sie haben deshalb ein relativ kleines Material von mit Röntgen und Radium kombiniert behandelten Fällen. Anfangs arbeiteten sie mit schwachen Aluminium- oder Glasfiltern und ließen das Radium nur ein paar Stunden liegen. Jetzt ist das Präparat in eine Bleikapsel von 1,3 mm Dicke eingeschlossen und bleibt tagelang in der Scheide liegen. Die härtesten Strahlen sind dabei in den austretenden Strahlen noch ausgiebig vorhanden, aber unangenehme Reaktionen fehlen. Mit reinen γ-Strahlen zu arbeiten und 3 mm dicke Bleifilter anzuwenden, scheint uns vortrefflich. Die β-Strahlen werden dadurch gänzlich zurückgehalten. Wenn Berichte von glänzendsten Erfolgen mit sehr dicken Filtern vorliegen, so müssen sie durch übermäßig große Radiummengen erkauft werden, was nur wenigen gegönnt ist, und dieser Umstand wirkt der Verallgemeinerung der Radiumbehandlung in fast unüberwindlicher Weise entgegen.

Deshalb betonen Vertrr., daß bei richtiger Wahl der Filterdicke man ihres Erachtens auch mit kleineren Quantitäten zum Ziele gelangen kann, was in Anbetracht der Größe des radiumbedürftigen Krankenmateriales und der enormen Kostbarkeit des Radiums und seines Ersatzpräparates (Mesothorium) von nicht zu unterschätzender Wichtigkeit ist. Dem Mesothorium gegenüber möchten sie dem Radium den Vorzug geben; wenn auch bis jetzt keine vergleichende Experimente vorliegen, so dürfte doch die viel weichere Beschaffenheit der Mesothoriumstrahlen entschieden für Radium sprechen. Auch ist das schnelle Abklingen des Mesothoriums in Betracht zu ziehen.

Die durch die Regierung gestiftete größere Radiummenge hat die Klinik noch nicht erhalten; die Vortr. berichten jedoch schon gegenwärtig über die mit einem kleineren Quantum von Radium erzielten Heilerfolge, weil auch diese kleinere Radiummenge mit entsprechendem Bleifilter, kombiniert mit den den meisten Instituten zur Verfügung stehenden vaginal und abdominal applizierten Röntgenstrahlen angewendet, uns wirklich nennenswerte Resultate gegeben hat.

Digitized by Google

VIII. v. Graff: Über die Röntgenbehandlung der nichtklimakterischen Metro-Menorrhagien.

Aus begreiflichen Gründen hat sich bisher das Hauptinteresse in der Röntgentherapie auf die Myombehandlung konzentriert, um eine Operation vermeiden zu können, die trotz der Fortschritte in der operativen Technik nur ausnahmsweise 100% Heilung aufwies, und von der aus verschiedenen Gründen immerhin eine Reihe von Kranken ausgeschlossen werden mußte.

Im Gegensatz hierzu sind die Mitteilungen über die Erfolge der Röntgenbehandlung bei den nichtklimakterischen Meno- und Metrorrhagien bis jetzt relativ spärlich geblieben. Diese, wenn auch nur selten das Leben bedrohenden, aber darum für die meist in jüngeren Jahren stehenden Kranken nicht weniger quälenden Gebärmutterblutungen werden als das Hauptanwendungsgebiet der Organotherapie betrachtet. Dort, wo diese versagt, was ja bei der vielfach noch geheimnisvollen Natur der Störungen in der inneren Sekretion nicht ausbleiben konnte und auch wiederholte Curettagen (bis zu 6 in 1 Jahre) nicht zum Ziele führten, war man auf operative Eingriffe angewiesen, deren Schwere und Tragweite vielfach nicht ganz im Einklang mit der Schwere des Leidens stehen, das ja in vielen Fällen auf vorübergehenden Störungen beruht. Im ganzen wurden 40 Mädchen und Frauen im Alter von 12 bis 40 Jahren behandelt. 4 Frauen kommen aus verschiedenen Gründen für die Beurteilung der Frage nicht in Betracht. Von den übrigen 36 Frauen war bei 31 also in 86,1% primär ein guter Erfolg vorhanden; 6mal machten nach 3—6 Monaten auftretende Rezidive eine neuerliche Behandlung notwendig, so daß also ein Dauererfolg in ungefähr 70% der Fälle erzielt wurde. Nachdem von diesen Frauen viele nach wochen- und monatelanger Behandlung mit Hypophysenpräparaten, Ovarialtabletten und verschiedenen der alt erprobten Styptika, zum Teil auch nach mehreren erfolglosen Curettagen zur Behandlung kamen, können wir, glaube ich, mit dem Resultate zufrieden sein, das sich durch Modifikationen in der Technik gewiß noch verbessern wird lassen. Wenngleich wir die Überzeugung haben, daß wir die heute vielfach als selbstverständlich angesehenen 100% Heilung bei Myom nicht werden erreichen können.

Daß es bei Erkrankungen des Herzens und des Gefäßsystems gelegentlich zu protrahierten und unregelmäßigen Gebärmutterblutungen kommt, die selbstverständlich nur durch eine kausale Therapie beeinflußt werden können, lehren zwei derartige Beobachtungen.

Ebenso sind die allerdings seltenen Fälle schwerer Metrorrhagien bei Lues hereditaria einer Beeinflussung durch die Röntgenstrahlen nicht zugänglich. Ein Fall unseres Materials.

Eine besondere Stellung nehmen die Gebärmutterblutungen im Beginn oder im weiteren Verlaufe der Basedowerkrankungen ein. Ich konnte schon auf dem diesjährigen Gynäkologenkongreß gemeinsam mit Nowak darauf hinweisen, daß bei Basedow Störungen in der Ovarialfunktion, namentlich im Sinne einer Herabsetzung derselben eine nicht unbedeutende Rolle spielen dürften, was Frankl auf Grund seiner Erfahrungen bestätigen konnte, nachdem schon vor über 10 Jahren Seeligmann bei einer von diesem Gesichtspunkte aus durchgeführten Therapie gute Erfolge erzielt hatte. Auf Grund dieser Tatsache ist eine auf Zerstörung oder Schädigung der Keimdrüse gerichtete Röntgenbestrahlung bei Basedow unbedingt kontraindiziert. Wir haben durch Röntgensterilisation einer Myomkranken den Ausbruch eines floriden Basedow geradezu provoziert.

Was nun die lokalen Veränderungen im Bereich des Genitales selbst betrifft,

Digitized by Google

so möchte ich zunächst an jene hartnäckigen Blutungen erinnern, als deren Ursache oft kleine Follikelcysten erkannt worden sind.

Ebensowenig dürfen wir einen Erfolg erwarten, wenn die Ursache der Blutung durch Veränderungen des Endometriums selbst gegeben ist, wie z. B. bei der sogenannten Endometritis post abortum.

Auch entzündliche Adnexveränderungen vorkommende Blutungen, welche nach Menge durch die Röntgenstrahlen außerordentlich günstig beeinflußt werden sollen, möchte ich von der Therapie ausschließen, nachdem wir im großen und ganzen mit einigen Tagen Bettruhe und konservativen Maßnahmen in der Regel wesentlich billiger und einfacher zu demselben Ziele gelangen.

Gewiß werden sich den hier angeführten Kontraindikationen noch andere hinzufügen lassen, wenn sich das allgemeine Interesse auch diesen Erkrankungen in erhöhtem Maße zugewendet haben wird. Selbstverständlich wird es trotzdem immer noch einige Fälle geben, wo wir die Antwort auf die Frage nach der Ursache des Mißerfolges schuldig bleiben müssen, was auch für drei von unseren vier Mißerfolgen gilt. Vielleicht handelt es sich hier eben um Frauen, bei denen die Ursache für die Blutung nicht in Funktionsstörungen der Keimdrüse selbst liegt, zumindest nicht in solchen, die durch eine Schädigung des Follikelapparates beeinflußt werden könnten.

Von der Technik der Bestrahlung sei nur so viel gesagt, daß der Eintritt des Erfolges in keiner Weise von der Menge der verabreichten X abzuhängen scheint. Wir haben bei geringen Dosen von 20 bis 30 X gute Erfolge gesehen und andererseits auch nach 800 bis 1000 X vergeblich auf den gewünschten Erfolg gewartet. Ob bei Verwendung hoher Dosen vielleicht die Rezidive ganz ausbleiben werden, muß der weiteren Beobachtung überlassen werden. Daß die Bestrahlung jugendlicher Individuen eine Gefahr durch die Möglichkeit der Befruchtung und Entwicklung geschädigter Eier in sich schließe, ist bis jetzt nicht erwiesen.

IX. Kreuzfuchs (Wien): Röntgentherapie in der Gynäkologie.

Vertr. berichtet über ausgezeichnete Erfolge bei Myomen und Metropathien, die er an einem mit nur bescheidenen Mitteln ausgestatteten Institute der Charité in Wien erzielt hat und betont die große soziale Bedeutung des billigen Betriebes, so daß auch die Ärmsten der Armen der Röntgentherapie teilhaftig werden können. Als Instrumentarium diente ein alter Induktor mit Gasunterbrecher, der sich aufs beste bewährt. Bestrahlt wurde ausschließlich per abdomen. Verwendung einer vom Vortr. konstruierten Kompressionsblende von 6 cm Durchmesser und 8 cm Höhe mit einem Boden aus 3 mm dickem Aluminiumblech. In der letzten Zeit Verwendung einer Kühlblende zur Anämisierung der Haut. Bestrahlt wurde von 6 Feldern an 6 aufeinanderfolgenden Tagen. Applikation von 8—10 filtrierten X pro Feld. Wiederholung der Serie nach 2 Wochen. Heilung wurde innerhalb 5—6 Serien, häufig aber schon nach 3 Serien erzielt. Maximale Gesamtdosis 360 X. Von 29 abgeschlossenen Fällen wurden 26 geheilt. 3 Fälle mit entzündlichem Adnextumor verschlechterten sich auf die Bestrahlung, so daß K. vor der Behandlung dieser Fälle warnt. Von den geheilten 26 Fällen wurden 18 amenorrhoisch gemacht, 7 oligomenorrhoisch. In nahezu allen Fällen von Myom trat Verkleinerung des Uterus ein, manchmal in überraschend kurzer Zeit, so in einem Falle nach drei Serien Verkleinerung von Kindskopfgröße auf Gänseeigröße. In 3 Fällen blieb das zweite, in 7 das dritte und in 8 Fällen das vierte Unwohlsein aus. Alter zwischen 32—52. Glänzende Resultate wurden bei Metrorrhagien schon nach ganz kurzer Zeit erzielt. In einem Falle mit sehr großem Myom bei einer Frau, die seit 2 Jahren sich in der Menopause befand, trat eine

Digitized by Google

wesentliche Besserung mit Zurückgehen der Kompressionserscheinungen ein. In 5 Fällen traten mit dem Einsetzen der Wallungen Schmerzen und Spannung in den Brüsten auf (Beobachtung bei der Nachkontrolle der Fälle durch Dr. S. Boxer). In 2 Fällen trat trotz Aussetzens der Therapie nach 3 Serien Heilung mit Ausbleiben der vierten Menstruation und Verkleinerung des Uterus ein, auf welche Fälle von anscheinender Nachwirkung K. besonders aufmerksam macht.

IX. Latzko: Zur Radiumtherapie des Krebses.

L. hält Radium und Mesothorium für eine außerordentliche Bereicherung unseres Heilschatzes; sie ohne weiteres an die Stelle der radikalen Operation setzen zu wollen, würde er heute noch für eine der allerschwersten Verirrungen halten. Nur eine vorurteilsfreie, mehrjährige Beobachtung bestrahlter Fälle könnte uns eventuell dazu berechtigen, das Messer durch die Radiumstrahlung zu ersetzen. Der mächtige Einfluß der Becquerelstrahlen auf maligne Geschwülste beruht auf der Tatsache, daß diese Strahlen auf alle Zellen unterhalb eines gewissen Schwellenwertes irritierend, oberhalb desselben zerstörend wirken. Dieser Schwellenwert liegt für Zellen maligner Tumoren, für Binde- und Muskelgewebe, für Epithel- und Endothelzellen, weit auseinander — am tiefsten für Geschwulstzellen, am höchsten für Bindegewebe. Dieser Umstand gestattet uns mit Hilfe der von den Franzosen eingeführten Filtertechnik quantitativ und qualitativ genau dosierte Strahlenmengen zu applizieren, die zerstörend auf die Geschwulstzellen, stimulierend auf das umgebende und das die Geschwulstzellen substituierende Bindegewebe wirken.

Als wichtiger Angriffspunkt der Radiumstrahlen ist der Zellkern zu betrachten. L. führt eine Reihe von Autochrombildern vor, welche die Degeneration des Krebsgewebes unter dem Einfluß der Radiumstrahlen in allen Stadien illustrieren. Er berichtet weiter über eine Reihe von Fällen, in denen nach intensiver Bestrahlung (20—25 000 mg Stunden), die genaue anatomische Untersuchung der nachträglich entfernten Genitalien möglich war. In einem Falle von Cervixkarzinom waren nirgends mehr gut erhaltenes Karzinomgewebe nachweisbar. Es fanden sich nur zersprengte Herde und ganz vereinzelte Zellen; alle in den verschiedensten Stadien der Auflösung. In einem Falle von Korpuskarzinom fanden sich noch guterhaltene Krebsalveolen in der Muskulatur. Ein Fall von beginnendem Epitheliom einer Muttermundslippe zeigte nach mehr als 20 000 mg Stunden den überraschenden Befund, daß die Krebszellen innerhalb und außerhalb der Lymphspalten so gut wie unverändert geblieben schienen. Nachdem dieser Befund den sonstigen Erfahrungen des Vortr. widerspricht, so muß angenommen werden, daß es Krebsformen gibt, die sich gegenüber dem Radium refraktär verhalten. Eine Leistendrüse bei einem Falle von Vulvakarzinom, das durch die Radiumbestrahlung klinisch geheilt schien, zeigte nach ihrer operativen Entfernung unverändertes Karzinom in ihrem Innern. Der Vortr. erläutert die erhobenen Befunde an der Hand zahlreicher farbiger Mikrophotogramme. L. stellt folgende Indikationen auf: Die flachen Epitheliome der Vulva und Vagina sollen mit Radium bestrahlt werden, doch soll beim Vulvakarzinom gleichzeitig die Exstirpation der Leistendrüsen vorgenommen werden. Korpuskarzinome eignen sich nicht zur Bestrahlung. Von Cervixkarzinomen sind diejenigen, die an der Grenze der Operabilität stehen sofort zu operieren, weil die Gefahr besteht, daß aus einem operablen Fall während der Bestrahlung ein inoperabler werden könne, wenn auch Beobachtungen existieren, die das Gegenteil als möglich erscheinen lassen. Beginnende Fälle von Cervixkarzinom eignen sich am besten zu Versuchen mit Radiumtherapie. Die Domänen des Radiums sind inoperable Fälle und Rezidive.

Digitized by Google

Hier kann man Erfolge erzielen, die bisher als undenkbar erschienen. Trotz der mächtigen Wirkung des Radiums und der mit ihm bis heute erzielten Erfolge hält L. es für noch nicht an der Zeit, die operationslose Behandlung operabler Krebse als neue Lehre zu verkünden.

Diskussion. Adler (Wien) gibt zu, daß man am Radium und Mesothorium mächtige Mittel zur Zerstörung des Krebses habe. Auch er konnte Tiefenwirkung beobachten. Über Heilungen könne die Klinik Schauta deshalb nicht berichten, weil keine operativen Fälle mit Radium oder Mesothorium behandelt wurden, und zwar wegen der Gefahr, daß auch andere Gewebe gefährdet werden können. Dieser Gefahr dürfe man operable Fälle nicht aussetzen. Redner habe Röntgenkater oft beobachtet. Er kommt zu dem Schluß, daß jeder operable Fall von Karzinom operiert werden müsse, aber an den nicht operablen Fällen müsse man weitere Erfahrungen sammeln. Vor allem müßte die Frage beantwortet werden, wann soll man mit der Bestrahlung aufhören.

Fränkel (Breslau) berichtet über seine Versuche an Kaninchen mit Radium und Mesothorium.

Sellheim (Tübingen) führt aus, daß bei der Bestrahlung zwei Tempi angewendet werden, die einen arbeiten langsam, die anderen rasch. Das erkläre sich daraus, weil man den Apparat noch nicht vollständig beherrscht. Diejenigen, die einen guten Apparat besitzen, können in kurzer Zeit gute Erfolge erzielen.

Kolbe (Magdeburg) meint, das Wichtige bei der Bestrahlung sei erstens die Stärke des Präparats, zweitens die Dauer der Bestrahlung und drittens die Art der Filterung. Nach Versuchen des Vortr. kann man auch mit γ-Strahlen Verbrennungen erzeugen.

Latzko hebt gegen Fränkel hervor, daß man Versuche an Tieren nicht ohne weiteres auf Menschen übertragen dürfe.

I.

Die vaginale Untersuchung der Kinder.

Von

Prof. Dr. Max Stolz, Graz.

Zwei Fälle pathologischen Fluors gaben mir die Veranlassung, mich mit der Technik der vaginalen Untersuchung in der Kindheit eingehender zu beschäftigen.

Im ersten Falle handelte es sich bei einem 12jährigen Mädchen um eine außerordentlich starke, übelriechende, eitrige Absonderung aus der Scheide.

Die rektale Untersuchung ergab bei der Spannung der Bauchwand keinerlei Aufschluß, die vaginale Untersuchung hätte mit den gebräuchlichen Instrumenten nur nach Spaltung des Hymens vorgenommen werden können.

Da bei einem Kinde, das masturbierte, auch ein Fremdkörper vorliegen konnte, der ohne Verletzung entfernbar war, scheute ich vor einem operativen Eingriff zurück und beschloß, die Inspektion der Scheide in möglichst schonender Weise durchzuführen.

Im zweiten Falle handelte es sich um ein 4jähriges Kind, das seit 8 Tagen aus dem Genitale blutete, schlecht aussah und herunterkam. Auffallend war, daß das Mädchen schon einen Anflug von Schamhaaren hatte und seelisch weit über sein Alter entwickelt schien.

Handelte es sich hier um eine vorzeitige Menstruation oder um irgendeinen degenerativen Prozeß? Die rektale Untersuchung war ergebnislos; ebenso die

Digitized by Google

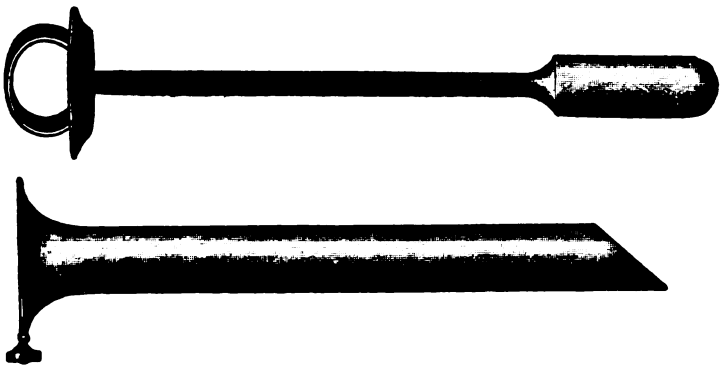
vaginale Untersuchung mit einer vom Rektum kontrollierten Sonde. Die Inspektion der Portio und Scheide schien unbedingt geboten.

Um die Zugänglichkeit der Scheide festzustellen, führte ich in beiden Fällen zunächst die Sänger'schen Dilatatorien ein. Im ersten Falle war das Hymen ohne Verletzung bis zu einem Durchmesser von 14 mm, im zweiten bis zu 10 mm dehnbar. Ebenso wie die Sänger'schen Dilatatorien konnten nun auch entsprechende Röhrenspiegel in die Vagina eingeführt und das Gesichtsfeld mit Hilfe einer Lichtquelle beobachtet werden.

Ich ließ mir nach dem Muster der gebräuchlichen Röhrenspiegel für Erwachsene, Röhrenspiegel für Kinder anfertigen (s. Fig.). Sie haben eine Länge von 8 cm und einen Durchmesser von 6, 8, 10, 12 und 14 mm. Die Spiegel werden bei der Einführung mit einem Obturator verschlossen, um das Hymen oder die Scheide nicht zu verletzen und die Empfindlichkeit zu schonen. Ist der Grund der Scheide erreicht, dann wird der Obturator herausgezogen.

Zur Beleuchtung des Gesichtsfeldes benutzte ich einen konkaven, zentral durchbrochenen Handspiegel, wie ihn die Augen- und Ohrenärzte handhaben, und warf mir das Licht einer seitlich vor mir stehenden Lampe in den Tubus. Ebensogut kann natürlich ein vor dem Auge fixierter, zentral durchbrochener Konkavspiegel verwendet werden.

Es gelingt so mit den einfachsten Mitteln und in ausgezeichneter Weise unter Zurückziehen und Vorschieben des Röhrenspiegels die Portio und Scheide abzusuchen.



Im ersten Falle entdeckte ich eine in das rechte Scheidengewölbe mündende Fistel, erweiterte sie mit Hilfe einer schmalen, langen, winklig gebogenen Kornzange und spülte den im rechten Beckenzellgewebe gelegenen Abszeß täglich aus, bis die Eiterung geschwunden war.

Im zweiten Falle konnte ich mit Hilfe der Inspektion die Abwesenheit jedes pathologischen Prozesses an der Portio und Scheide feststellen und, auf die rektale Untersuchung gestützt, eine Menstruatio praecox diagnostizieren.

Die Inspektion der Scheide der Kinder ist demnach leicht und schmerzlos durchführbar. Man stellt zunächst mit Sänger'schen Stiften die Weite des Hymens fest, führt dann den entsprechenden, mit dem Obturator verschlossenen, gut vaselinierten Röhrenspiegel ein, entfernt den Obturator und beleuchtet nun das Gesichtsfeld mittels eines konkaven, zentral durchbrochenen Spiegels.

Die Notwendigkeit gelegentlicher Untersuchungen geht aus den obigen Beispielen hervor, die die Praxis jedes Gynäkologen sicherlich vermehren könnte.

Digitized by Google

Therapeutisch spielt diese Art, sich die Scheide des Kindes zugänglich zu machen, keine geringe Rolle.

Es können mit Hilfe längerer winklig gebogener Kornzangen, wie sie in der Urethroskopie verwendet werden, Geschwüre geätzt (akute Infektionskrankheiten), Fremdkörper entfernt und Fisteln dilatiert werden.

II.

Hypophysenextrakte bei Placenta praevia.

Von

Dr. Emanuel Herz,
Frauenarzt in Rzeszow.

Zur Wirkung der Hypophysenextrakte bei Placenta praevia erlaube ich mir, sieben Fälle aus meiner Praxis anzuführen, welche ich nach 1911 zu behandeln Gelegenheit hatte.

1) Ein Fall von Placenta praevia lateralis: 8. Graviditätsmonat, Kopflage, Blasensprengung, Injektion von 1 ccm Glanduitrin, gute Wehen, Muttermund für zwei Finger durchgängig, Geburt in 30 Minuten, Mutter und Kind gesund.

2) Ein Fall von Placenta praevia partialis: Frau sehr anämisch, 9. Graviditätsmonat, Muttermund drei Finger, Wendung nach Braxton Hicks, 2 ccm Pituglandol, gute Wehen, Kind lebt, Nachgeburtsblutung, 1 ccm Pituglandol und 2 ccm Secacornin, prompte Wirkung, Genesung.

3) Ein Fall von Placenta praevia totalis: 9. Graviditätsmonat, Muttermund kleinhandtellergroß, Placenta mit Schere und Pinzette durchschnitten, Blasensprengung, Metreurynter mittelgroß, 2 ccm Pituitrin, gute Wehen; nach Geburt des Metreurynters wegen Blutung Wendung, 1 ccm Pituitrin, Kind inzwischen abgestorben, Müller'sche Armlösung, Perforation des nachfolgenden Kopfes, Cervixriß, Tamponade, Secacornin, Genesung.

4) Ein Fall von Placenta praevia lateralis: 7. Graviditätsmonat, Muttermund für zwei Finger durchgängig, Zwillinge, Blasensprengung, 2 ccm Pituitrin, gute Wehen, nach $^1/_2$ Stunde Geburt des ersten, nach weiteren 10 Minuten des zweiten Zwillings, spontan. Nachgeburtsblutung, 1 ccm Glanduitrin, dann 2 ccm Secacornin, außerdem Dührssen'sche Tamponade. Blutung gestillt, Mutter genesen, Früchte tot.

5) Ein Fall von Placenta praevia totalis: 8. Graviditätsmonat, Muttermund 2—3 Finger, äußerst anämisch, Querlage, Placenta in der Mitte durchschnitten, Blasensprengung, Wendung nach Braxton Hicks, 2 ccm Pituglandol, schwache Wehen, nach 1 Stunde 1 ccm Pituglandol, keine Wehen, Frucht tot, schonend extrahiert, bedrohliche Blutung, 2 ccm Secacornin, nachher Tramponade, Blutung weiter, Exitus.

6) Ein Fall von Placenta praevia lateralis: 9. Graviditätsmonat, Muttermund handtellergroß, Kopflage, Blasensprengung, 2 ccm Pituitrin, Wehen gut, Geburt nach 15 Minuten, Frucht lebt, Mutter genesen.

7) Ein Fall von Placenta praevia partialis: (Diesen Fall veröffentlichte ich in der Wiener med. Wochenschrift 1913, Nr. 34.) 9. Graviditätsmonat, Kolpeuryse, Blasensprengung, Metreuryse, 1 ccm Pituitrin, nachher spastische Kontraktur des Muttermundes mit Verzögerung der Geburt. Zurückhalten

Digitized by Google

sowohl des Metreurynters, als auch der später gewendeten Frucht. Kind tot. Mutter genesen.

Von den Müttern kam eine zum Exitus (Fall Nr. 5), doch fällt derselbe nicht der Behandlung zur Last, da die Verstorbene Wochen und Monate vorher blutete und zur Geburt in ganz ausgeblutetem Zustande kam, so daß die Prognose eine äußerst infauste war.

Von den Kindern müssen wiederum die Zwillinge ausscheiden, da sie noch nicht 7 Monate alt, also nicht lebensfähig waren; lebend wurden 3 geboren, tot ebenfalls 3 (= 42% tote und 42% lebende Früchte).

Was die Wehentätigkeit anlangt, so hatten wir nach Injektion von Pituitrin in 5 Fällen (= 70%) ausgezeichnete Wehen (die man sonst bei Placenta praevia vermißt); im Falle Nr. 5 mit den Zwillingen waren — trotz Injektion von 3 ccm Pituglandol — keine Wehen zu erzielen, so daß es fort blutete, und im Falle Nr. 7 (Wiener med. Wochenschrift 1913, Nr. 34) war eine ganz entgegengesetzte Wirkung des Pituitrins vorhanden, statt Geburtsbeschleunigung — Geburtsverzögerung.

Die Anwendung der Hypophysenextrakte bei Placenta praevia haben mehrere Ärzte empfohlen. So haben Fischer (1), Hirsch (2), Merkel (3), Hofbauer (4), Trapl (5), Kecker (6) gute Resultate sowohl für die Mütter, als auch für die Kinder erzielt.

Die Hypophysenextrakte wären, meines Erachtens, bei Placenta praevia nach folgenden Eingriffen zu injizieren:

Nach der Blasensprengung, bei Längslagen der Frucht, und zwar bei allen Abarten des Vorliegens des Mutterkuchens, also nicht nur bei Placenta praevia lateralis und partialis, sondern auch bei Placenta praevia totalis (bei letzterer natürlich nach vorheriger Durchtrennung der Placenta im Spekulum mit Schere und Pinzette). Ist der Muttermund dabei einigermaßen erweitert, so wird nach Injektion von Pituitrin der vorangehende Teil, also Kopf oder Steiß, durch die Wehen an die blutende Placentarfläche angedrückt und besorgt zuerst die Tamponade; kommt es dann im weiteren Verlaufe der Wehentätigkeit zur Erweiterung des Muttermundes, dann wird die Frucht, unter stetem Angedrücktbleiben an den Mutterkuchen, rasch geboren und wird am Leben bleiben. Während man also früher, vor Anwendung der Hypophysenextrakte, nach der Blasensprengung auf Wehen wartete, die meist nicht kamen, die Gebärende inzwischen viel Blut verlor und man schließlich gezwungen war, zu anderen Mitteln, wie Wendung bei Kopflage, zu greifen, überläßt man heute alles der Wehentätigkeit, die auch in der Tat alles besorgt.

In meinen 7 Fällen kam es 6mal zur Blasensprengung, mit guten Wehen nach der Injektion in 5 Fällen, während es in 1 Falle (Nr. 7) zur Verengerung des Muttermundes kam.

Nach Einlegen des Metreurynters. Ist man gezwungen wegen mangelhafter Eröffnung des Muttermundes, oder bei Blutungen, oder aus irgendeinem anderen Grunde einen Metreurynter einzuführen, so ist es auch angezeigt, gleich nachher Hypophysenextrakt zu geben. Dadurch kommt es zu guten Wehen mit baldiger Ausstoßung des Ballons; da es nachher meist nicht blutet, kann abgewartet werden, bis die Wehen die Geburt der Frucht beschleunigen. Wir ersparen auf diese Weise der Gebärenden einen zweiten Eingriff, nämlich die kombinierte Wendung nach Ausstoßung des Ballons. Natürlich wird jedoch hier eine gute Wehentätigkeit vorausgesetzt.

Tritt nach Ausstoßung des Ballons ausnahmsweise (wie in Fall Nr. 7) eine

Digitized by Google

Verengerung des Muttermundes ein oder kommt es nach Ausstoßung des Ballons zu einer Blutung, so wird die Wendung auf den Fuß gemacht werden.

Ich habe in meinen 7 Fällen 2mal die Metreuryse angewendet (Fall Nr. 3 und 7). — Im ersten Falle kam es zu einer Blutung nach Ausstoßung des Ballons trotz Pituitrin, im zweiten zur Striktur des Muttermundes und Zurückhaltung des Ballons.

Bekanntlich blutet es nach Ausstoßung des Ballons ziemlich heftig, wenn vorher kein Pituitrin gegeben wurde. In meinem Fall Nr. 3 kam es trotz Injektion von 3 ccm Pituitrin zur Blutung. — Da ähnliche Fälle noch wenig bekannt und veröffentlicht sind, wird die Erfahrung erst lehren, ob mit dem Hypophysenextrakten in dieser Beziehung ein Erfolg zu erzielen möglich sein wird.

Ich halte es für rationeller, gleich nach Einlegen des Metreurynters Hypophysenextrakt zu verabreichen, und nicht, wie Hofbauer (7), nach Belastung des Ballons mehrere Stunden zu warten und erst, wenn derselbe keine Wehen ausgelöst hat, Pituitrin zu injizieren.

Nach der kombinierten Wendung nach Braxton Hicks. Die auf Pituitrin eintretenden Wehen pressen den Steiß an den Fruchtkuchen an, man kann das Gewicht abnehmen und die Geburt den Wehen überlassen.

Die kombinierte Wendung wurde in den erwähnten 7 Fällen 4mal ausgeführt (Fall 2, 3, 5, 7), dann Pituitrin gegeben und abgewartet. — In 2 Fällen (Fall 2, 3) traten nach einigen Minuten kräftige Wehen auf und bald darauf (in 20—30 Minuten) die Geburt des Kindes. Im 5. Falle waren trotz Injektion von 3 ccm Pituglandol nach der Wendung die Wehen schwach und hörten dann ganz auf. Im Falle 7 hatten wir die bereits erwähnte Striktur des Muttermundes mit Zurückhaltung der gewendeten Frucht.

Gall (8) erwähnt mehrere Fälle, in denen nach Pituitrindarreichung nach der Wendung die Geburt unglaublich schnell und leicht erfolgte. Sie soll selten über 1 Stunde gedauert haben. Bei Trapl (9) dauerte sie 5—6 Stunden, offenbar weil er nicht gleich nach der Wendung injizierte.

In der Nachgeburtsperiode. Bei den Fällen, in denen ante partum Hypophysenextrakt gegeben wurde, treten selten atonische Nachblutungen auf. Doch ist dies keine Regel ohne Ausnahme. So habe ich unter den in Rede stehenden 7 Fällen 3mal bedeutende Nachgeburtsblutungen beobachtet (in Fall 2, 4, 5). — Abgesehen von der Tamponade nach Dührssen würde sich bei Nachgeburtsblutungen ebenfalls Hypophysenextrakt, jedoch in Verbindung mit Ergotin empfehlen. Einer Anregung Wagner's (10) folgend, versuchte ich im Falle 4 diese Kombination: 1 ccm Glanduitrin, nachher 2 ccm Secacornin mit glänzendem Erfolg. Es wurde auch außerdem tamponiert, doch viel später, zu einer Zeit, als die Blutung definitiv gestillt war, weil ich die Entbundene früher als gewöhnlich verlassen mußte, also bloß der Sicherheit halber. Im Falle 2 jedoch wurde in der Nachgeburtsperiode wegen Blutung bloß 1 ccm Pituglandol + 2 ccm Secacornin gegeben und die Blutung sistierte. Die Kombination scheint glücklich gewählt, da Pituitrin nach einigen Minuten Wehen hervorruft und die Frequenz derselben vermehrt, somit die Pausen verkürzt, daher geeignet ist, die erste heftige Blutung zu vermindern bis zu der Zeit des Eintritts der Secacorninwirkung, welche im Gegensatz zur Hypophysenwirkung erst nach 20—30 Minuten bis zu einer Stunde eintritt. — Jedenfalls sollten die beiden Mittel vor der Tamponade versucht werden, und ich glaube, sie werden dieselbe in vielen Fällen verdrängen. Sie sollten jedoch der schnelleren Resorption halber nicht subkutan, sondern intramuskulär verabreicht werden.

Digitized by Google

Von günstigen Erfolgen mit der genannten Kombination berichten auch Rübsamen (11), Foges (12), Basset (13).

Literatur:

Fischer, Zentralbl. f. Gyn. 1912. Nr. 1. — Hirsch, Münch. med. Wochenschr. 1912. Nr. 18. — Gall, Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 10. — Merkel, Münch. med Wochenschr. 1912. Nr. 35. — Hofbauer, Münch. med. Wochenschr. 1912. Nr. 22. — Trapl, Mon. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXXVI. Hft. 4. — Kecker, Klin. Strassmann, Inaug.-Diss. 1912. — Hauch, Mon. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXXI. Hft. 5. — Rübsamen, Sitzung d. gyn. Ges. zu Dresden vom 16. Febr. 1913. — Foges, Arch. f. Gyn. Bd. XCIX. Hft. 3. — Basset, Sitzung der gyn. Gesellsch. zu Breslau vom 21. Jan. 1913. — Schmid, Deutsche med. Wochenschr. 1912. Nr. 41. — Trapl, Casopis lekar. cesk. 1912. Nr. 32. — Kratochvil, Casopis lekar. cesk. 1912. Nr. 32. — Ortenberg, Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 18. — Scheffzek, Sitzung d. gyn. Gesellsch. zu Breslau vom 4. März 1913.

Becken.

1) **H. Rotter (Budapest). Die Heilung des engen Beckens.** (Gyógyászat 1912. Nr. 50.)

Vor etwa $^1/_2$ Jahre hat R. seine Methode, das enge Becken durch Abtragen des Promontoriums zu erweitern, an Leichen erprobt und veröffentlicht. Jetzt berichtet er über die erste solche Operation an der Lebenden. Die Frau hatte 8mal geboren und konnte bloß tote Kinder, meist durch operative Eingriffe, zur Welt bringen. Ihr Becken war allgemein verengt, die Conj. vera betrug 7,8 cm. Die Operation wurde in nichtschwangerem Zustande ausgeführt. Nach Eröffnung der Bauchhöhle wurde über dem Promontorium das Bauchfell mit einem Längsschnitt eröffnet, die Weichteile bis zum Knochen bei Seite geschoben, die Art. sacral. med. samt Venen unterbunden und das hervorragende Promontorium mit dem Hohlmeißel abgetragen. Eine Blutung aus dem Knochen wurde nicht beobachtet. Nach der Wiedervereinigung der gesetzten Weichteilwunden heilte die Kranke ohne Fieber und verließ am 10. Tage das Bett, am 12. die Anstalt. — Sie fühlte sich vollkommen wohl, hatte weder beim Gehen, noch bei Bewegungen in der Wirbelsäule Schmerzen, und es wurde bei ihr vor ihrer Entlassung an Stelle des Promontoriums eine glatte Fläche vorgefunden.

Der ideale Heilerfolg dürfte gewiß zu weiteren Versuchen mit der Methode Anlaß geben, und es könnte die Abmeißelung des Vorgebirges eventuell auch dem Kaiserschnitte aus relativer Indikation angeschlossen werden.

Temesváry (Budapest).

2) **Dührssen (Berlin). Geburt beim engen Becken.** (Med. Klinik 1913. Nr. 19.)

Durch die Förderung der aseptischen Operationsmethoden sind die künstliche Frühgeburt und die Perforation eines lebenden Kindes bei engem Becken um ihre eigentliche Existenzberechtigung gekommen. Der klassische Kaiserschnitt dagegen, in einem aseptischen Falle in einer modernen Klinik ausgeführt, weist auch für die Mütter eine Mortalität von 0% auf. Eine Narbenruptur läßt sich ebenfalls vermeiden, wenn man den Schnitt nicht in den Uterusmuskel selbst, sondern in das untere Uterinsegment legt. Hierzu ist am besten der suprasymphysäre Querschnitt geeignet. Diesen fürchten die Frauen, seit man im Publikum durch die Häufigkeit der Blinddarmoperation an »kleine Bauchschnitte« gewöhnt ist, nicht mehr so, als wenn »der Bauch von unten his oben aufgeschnitten« werden müßte.

Digitized by Google

Bei infektiösen Fällen ist der klassische Kaiserschnitt riskant, für sie ist der extraperitoneale Kaiserschnitt das gegebene Verfahren.

Die Hebosteotomiebegeisterung ist abgeflaut, wir dürfen sie nicht zum Schatz unserer klassischen geburtshilflichen Operationen machen, ihr Sündenregister ist zu groß (Mortalität für die Mütter 4,37%, für die Kinder 9%). Deshalb wählt man besser ein anderes Verfahren, den extraperitonealen Kaiserschnitt. Bei diesem ist die Infektionsgefahr wesentlich geringer als bei transperitonealem Operieren. Eine sehr gute Methode des extraperitonealen Kaiserschnittes ist die von Solm. Genauere Beschreibung der einzelnen Phasen dieser Operation, nachfolgend die einzelnen von Dührssen ausgearbeiteten Vorschriften. Hierbei weist er auf den von ihm angegebenen Metreurynterschnitt hin, dessen Ausführung nach seiner Meinung jeder praktische Arzt lernen kann und sollte, damit er ihn eventuell im Privathause ausführen soll. H. Köhler (Kiel).

3) **Gustav Freudenthal (Peine). Ein neuer Kunstgriff zur unblutigen Erweiterung des grad-verengten Beckens.** (Berliner klin. Wochenschrift 1913. Nr. 15.)

Beschreibung eines Falles, in dem nach Ansicht des Verf.s der Eintritt des Kopfes ins platte Becken dadurch erleichtert wurde, daß bei jeder Wehe die in Hüfte und Knie extrem flektierten Beine nach der Mitte des Bauches und möglichst an diesen angepreßt wurden. Durch die passive Fixation der Femora wirken die an den Trochanteren inserierenden ursprünglichen Beckenhalter (Glutaeen usw.), wenn sie von der Widerstandsbewegungen ausführenden Kreißenden zwecks Streckung der Beine in Funktion gesetzt werden, als Auswärtszieher an den Darmbeinen. Verf. stellt sich vor, daß dadurch die Sacroiliacalverbindungen gedehnt werden, das Promontorium zurücktritt, der gerade Durchmesser erweitert wird. H. Fuchs (Danzig).

4) **N. Winuchin. Über die Ruptur der Symphysis ossium pubis unter der Geburt.** Inaug.-Diss., Basel, 1912.

Es handelt sich um eine IIpara mit plattrachitischem Becken, wo bei mäßigem Zangenzug die Symphyse riß. Nach Ansicht des Verf.s bilden eine forcierte Entbindung und ein großer Kopf selten allein die Ursache der Symphysenruptur. Gewöhnlich kommt noch eine abnorm starke Auflockerung der Beckengelenke dazu. Zum Schluß werden Mechanismus, Symptomatologie, Therapie und Prognose der Verletzung besprochen. F. König (Bern).

5) **E. Planchu (Lyon). Rachitische Kyphoskoliose mit großen Deformationen.** (Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. 8. Jahrg. Nr. 6.)

Mitteilung eines Falles einer hochgradigen Kyphoskoliose, entstanden durch Rachitis. Die enormen Deformationen sind aus einer beigefügten Abbildung zu ersehen. Die Conj. vera betrug $8^1/_4$—$8^1/_2$ cm. Dank der Weichheit der Kopfknochen der Früchte und ihrer geringen Größe verliefen fünf Geburten spontan oder konnten mit leichten Hilfen beendet werden. Hohl (Bremerhaven).

6) **de Inos (Rotterdam). Über Wesen und Behandlung der Osteomalakie.** (Nederl. Maandschr. v. Verlosk. an Vrouwenz. en v. Kindergeneesk. 1913. Nr. 1.)

Fünf Fälle dieser seltenen Krankheit wurden innerhalb weniger Jahre vom Verf. beobachtet. Von drei in der Rotterdamer Gebäranstalt behandelten Pat. werden ausführliche Krankengeschichten mitgeteilt. Es geht aus diesen Wahrnehmungen klar hervor, wie leicht der wahre Sachverhalt verkannt wird; die Frauen werden ihrer Knochenschmerzen wegen entweder für Hystericae gehalten oder mit allerhand antineuralgischen Mitteln ohne Erfolg behandelt, bis endlich

Digitized by Google

eine schwere Geburt oder auch die Exazerbation der Schmerzen in einer Schwangerschaft zur Beckenuntersuchung und zur richtigen Diagnose führt. Zwei Pat. waren nicht schwanger, als die Diagnose gemacht wurde. Die subjektiven Klagen gingen nach einer Ruhekur mit Phosphorlebertran zurück, und die Frauen entzogen sich der weiteren Beobachtung. Bei einer Pat. kehrten die Schmerzen kurz nach der Geburt wieder; eine Mastkur mit Phosphor brachte sie zum Verschwinden. Bei zwei weiteren Fällen hatte die Kastration (bzw. Porro'scher Kaiserschnitt) vollkommenen Erfolg; in dem einen dieser Fälle hatten Pituitrininjektionen gar keinen Effekt; Adrenalin beseitigte zwar sogleich die Schmerzen, machte aber so bedrohliche Allgemeinerscheinungen, daß von der weiteren Verabreichung Abstand genommen wurde. Bei einer Pat., die in der Jugend eine schwere Rachitis durchgemacht hatte, fehlte die charakteristische Beckenveränderung; Verf. hält sich jedoch zur Diagnose Osteomalakie berechtigt, weil die Schmerzen in der Schwangerschaft sehr viel stärker wurden, durch Ruhe und Phosphorlebertran günstig beeinflußt wurden und endlich die Kastration eine endgültige Heilung herbeiführte. Verf. ist der Ansicht, daß leichtere Grade dieser Krankheit wohl öfters vorkommen und empfiehlt bei Frauen, welche an Hüft- und Rückenschmerzen leiden, die durch Aspirin, Wärme oder Massage nicht zu beseitigen sind, einen Versuch mit Ruhe und Phosphorlebertran zu machen.

Van Hoytema (Leiden).

Graviditäts- und Geburtskomplikationen.

7) F. Fraipont (Lüttich). Chorea in der Schwangerschaft. (Scalpel et Liége méd. 1913.)

Im Anschluß an drei Fälle von Graviditätschorea, von denen zwei geheilt wurden und der dritte zum Exitus kam, wird die Krankheit ausführlich abgehandelt. Ob es eine eigentliche Schwangerschaftschorea gibt, ist noch nicht entschieden, jedenfalls unterscheiden sich die Symptome nicht viel von denen der Chorea außerhalb der Gravidität. Die unteren Extremitäten sind viel seltener ergriffen. Hemichorea wird während der Schwangerschaft nicht oft beobachtet. In manchen Fällen hören die Bewegungsstörungen im Schlafe auf. Besonders häufig tritt die Affektion zutage bei jungen Frauen zwischen 18 und 25 Jahren und in 61% bei Primigravidis. Die erste Hälfte der Gravidität ist bevorzugt, und zwar der 2., 3. und 4. Monat. In 4,6% tritt sie erst bei der Geburt auf. Die Ätiologie ist sehr verschieden. Anämie, Chlorose, allgemeine Schwäche, Kinderchorea (29%), angeborene nervöse Veranlagung, frühere hysterische oder epileptische Zufälle, Heredität, Gemütsbewegungen, Angst, Zorn, Schmerzen, Kummer (uneheliche Mütter) usw. kommen in Betracht. Weiterhin sind vorhergehende Infektionskrankheiten wie Masern, Scharlach, akuter Gelenkrheumatismus und Endokarditis zu nennen. Bei der Autopsie finden sich Gehirnhyperämie, Thrombose des Sinus longitudinalis und transversalis, Ödem der Dura mater, Embolien der großen und kleinen Gefäße, Erweichungsherde im Rückenmark und bisweilen degenerative Prozesse in den Ganglienzellen des Gehirns und Rückenmarks wie in den peripheren Nerven, oft aber findet man gar keine pathologischen Veränderungen. Nicht immer kommt die Graviditätschorea nach Ausstoßung des Eies zur Heilung. Bei 100 Frauen war die Erkrankung vor der Geburt geheilt, bei 55 während verschiedener Graviditäten wieder aufgetreten, bei 11 blieb sie chronisch, bei 74 trat der Tod nach der Geburt ein und bei 17 trat sie nur während der Geburt auf. Die Mehrzahl der Neurologen nehmen für die Chorea einen infektiösen

Digitized by Google

Ursprung an. Man muß auch die ausgesprochene Neigung zu Thrombosen und Emboliebildung besonders im Gehirn während der Schwangerschaft in Betracht ziehen, zumal von vielen Autoren solche Embolien für die Entstehung der gewöhnlichen Chorea verantwortlich gemacht werden. Eine ungenügende Tätigkeit der Parathyreoidea wird mit Unrecht als Ursache angesehen. Die Prognose ist in der Schwangerschaft zweifelhafter als außerhalb derselben. Die Mortalität der gewöhnlichen Chorea schwankt zwischen 2 und 5%, während der Schwangerschaft beträgt sie 17—30%. Hierbei sind genau betrachtet aber öfters andere Todesursachen mitgerechnet, so daß man wohl 8,3% Mortalität wird annehmen dürfen. — Unbedingt sind solche Pat. zu isolieren und in eine Anstalt zu bringen. Manchmal ist es nötig, die Pat. durch die Schlundsonde zu ernähren. Unabhängig von einer eventuell antirheumatischen Behandlung oder einer Arsentherapie sind Nervenmittel am Platze, wie Chloral, Veronal, Morphium usw., hauptsächlich aber Brompräparate in nicht zu geringen Dosen. Die Uteruskontraktionen bei der Geburt sind nicht so zu fürchten als Ursache für die Verschlimmerung der Erkrankung, als die umständlichen Manipulationen zur Einleitung der Frühgeburt.

Sieber (Grunewald-Schmargendorf).

8) **R. Marek. Über seltenere Schwangerschaftstoxikosen.** (Casopis ceskych lékaruv 1913. Nr. 17. [Böhmisch.])

Autor bespricht folgende Toxikosen: 1) Impetigo herpetiformis, 2 Fälle, 1 ausführlich beschrieben: IVpara, 7. Schwangerschaftsmonat; Pat. leidet an Krämpfen, Atmungsbeschwerden, Lungenemphysem, Herzdilatation, Bein- und Bauchdeckenödemen; Trousseau- und Chvostek'sches Phänomen positiv; die Haut an der rechten Halsseite, linken Mamma, inneren Oberschenkeln und beiden Glutealpartien ist gerötet, mit dünnen Schuppen und kleinen, ca. stecknadelkopfgroßen Pusteln bedeckt; im Harn Spuren von Eiweiß. Der weitere Verlauf zeigt nur Verschlimmerungen; auch nach der Geburt eines mazerierten Kindes keine Besserung. Bald traten pyämische Störungen auf, Somnolenz, Exitus. — Autor macht aufmerksam auf das Auftreten von Impetigo herpetiformis und Tetanie; er ist der Meinung, daß die rezidivierte Tetanie trophische Störungen in der Haut hervorruft, die dann als Locus minoris resistentiae der Einwirkung des Schwangerschaftstoxins nicht widerstehen kann. Therapie ist machtlos, Schwangerschaftsunterbrechung indiziert, Prognose ungünstig. — 2) Retinitis albuminurica gravidarum (9 Fälle). Von den Pat. waren 5 jünger als 30, 4 über 30 Jahre; 8 Multipara, 1 Primipara. Alle klagten über Sehschwäche; dieselbe trat in 5 Fällen langsam, schleichend, in 4 Fällen schnell ein. Kopfschmerzen 7mal, Brechen 2mal, Angstgefühl, allgemeine Schwäche, Appetitlosigkeit je 1mal, Schmerzen in der Magengegend 2mal, Ödeme der Extremitäten 3mal, des Gesichtes und der Lider je 1mal. Eiweiß im Harn immer, 4mal Zylinder; 1mal gesellte sich Eklampsie zu mit Krämpfen, 1mal ohne Krämpfe. 3 Pat. gestorben, bei 5 trat baldige Besserung ein. Als Therapie kommt nur Schwangerschaftsunterbrechung in Betracht; Prognose hängt von dem Charakter der grundlegenden Nierenerkrankung ab; bei Schwangerschaftsniere ist sie verhältnismäßig günstig; Rezidive bei folgenden Konzeptionen oft. — 3) Atypische Eklampsie (Eklampsie ohne Krämpfe). 4 Fälle, 3 gestorben, 1 Pat. genesen; in der Literatur bisher nur 45 Fälle. Autor bespricht vergleichend sämtliche Fälle; was die Erklärung betrifft, neigt er sich zur Hypothese von zwei eklamptischen Toxinen (nach Weichhardt und Pilz). Therapie ist machtlos, Prognose äußerst ungünstig; es sterben 70—80%, von den Neugeborenen sind nur 31% lebendig.

Jar. Stuchlik (München).

Digitized by Google

9) **Ballerini (Parma). Quincke'sche Krankheit und Schwangerschaft.** (Sep.-Abdr. a. Ann. di ostetr. e ginecol. 1913.)

Zwei Beobachtungen von Quincke'schem Ödem in der Schwangerschaft gaben Anlaß, die Zusammenhänge beider kritisch zu erörtern. In dem einen Falle bestanden Anfälle von angioneurotischem Ödem schon lange, im zweiten traten sie während der Schwangerschaft zuerst auf. Beide wurden mit Thyreoidin behandelt. Die Abderhalden'sche Reaktion fiel bei beiden Fällen positiv aus in bezug auf Abbau von Thyreoideaeiweiß. Es besteht allem Anschein nach ein Zusammenhang zwischen der angioneurotischen Affektion und der Schwangerschaft auf Grund irgendwelcher, uns noch nicht genauer bekannten Störung der inneren Sekretion. Knoop (Duisburg).

10) **E. Vogt (Dresden). Morbus Addisonii und Schwangerschaft.** (Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 33.)

Wenn man mit Bittorf zwischen primärem Morbus Addisonii mit einfacher entzündlicher Degeneration der Nebennieren und sekundärem Morbus Addisonii, bedingt durch Tuberkulose, Lues oder Tumoren unterscheidet, so ist festzustellen daß bei primärer Addison'scher Krankheit bis jetzt überhaupt noch niemals Schwangerschaft beobachtet ist. Es besteht dabei stets Amenorrhöe und Sterilität, die häufig auf einer Atrophie der Ovarien beruht. Was die sekundäre Form dieser Erkrankung betrifft, so existieren bis jetzt in der Literatur überhaupt nur zwei Beobachtungen, die eine Komplikation mit Schwangerschaft beschreiben. Diesen beiden Fällen wird ein dritter angereiht, der aus der Dresdener Frauenklinik stammt. Es war von der Mutter unter normalem Geburtsverlauf ein 47 cm langes, wohlgebildetes Mädchen geboren worden, das am Leben erhalten wurde. 11 Tage post partum starb die Mutter ziemlich plötzlich unter Kollapserscheinungen. Die Sektionsdiagnose lautete auf Morbus Addisonii mit Verkäsung beider Nebennieren (Tuberkulose).

Man kann im allgemeinen sagen, daß ein Grund zur vorzeitigen Unterbrechung der Schwangerschaft bei Morbus Addisonii nicht vorliegt. Wenn auch die Prognose für die Mutter durch Gravidität und Puerperium ungünstig beeinflußt wird, kann man doch zuwarten, um wenigstens das Kind zu retten. Die Aussichten für die Kinder scheinen nicht schlecht zu sein.

Prickhinger (München).

11) **E. Kowner. Über die Beziehungen zwischen Uterustumoren und Schwangerschaft.** Inaug.-Diss., Bern, 1913.

Die Untersuchungen erstrecken sich auf Uterusmyome und Karzinome. Aus dem Berner Material geht hervor, daß Myom und Sterilität in einem Abhängigkeitsverhältnis zueinander stehen. Die Sterilität stellt ein prädisponierendes Moment für die Entstehung der Myome dar. Je weniger Geburten eine Frau durchgemacht hat, desto mehr ist sie gefährdet, an Myom und Korpuskarzinom zu erkranken. Mehrgebärende erkranken häufiger an Portiokarzinom.

F. König (Bern).

12) **E. N. Reed (Clifton, Arizona). Ruptur eines Nabelschnurbruchs intra partum, Appendektomie, Heilung.** (Journ. amer. med. assoc. Bd. LXI. Nr. 3. p. 199.)

Die Därme waren 2 Zoll weit herausgetreten und mit Stroh, Federn und Fäces der Mutter beschmutzt. Obwohl die Operation aus äußeren Gründen erst 2 Stunden post partum ausgeführt werden konnte, wobei die suspekt aussehende Appendix entfernt wurde, trat Heilung ein. Schottelius (Hamburg).

Digitized by Google

Vulva und Vagina.

13) **Franz Weber (München). Ein Fall von Pfählungsverletzung. Im Anschluß daran einiges über Prophylaxe und Therapie der Peritonitis.** (Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 32.)

Bei einer Pat. vom Lande, der ein Rechenstiel in die Scheide gelegentlich eines Unfalles gedrungen war, war ein für 2 Finger durchgängiger Riß im Scheidengewölbe nachweisbar. Sein penetrierender Charakter nach der Bauchhöhle zu war jedoch erst festzustellen, als sich peritonitische Erscheinungen zeigten. Bei der dann vorgenommenen Laparotomie wurde die Bauchhöhle mit 25 Liter physiologischer Kochsalzlösung gereinigt, am Schluß der Operation wurden 30 ccm 10%iges Kampferöl eingegossen und möglichst gründlich verteilt, und nach Beendigung der Operation wurden 2,0 ccm Pituitrin intramuskulär gegeben. Die Heilung war reaktionslos. An die genannten drei Punkte der Behandlung werden kritische Bemerkungen über das Vorteilhafte namentlich der Kochsalzspülungen und der Einbringung des Kampferöls geknüpft. Auf nahezu 200 durch die Kochsalzspülung günstig beeinflußte Fälle stützt sich die Überzeugung, daß durch die Spülungen die Hauptmasse der Infektionserreger entfernt wird, und daß dann das Peritoneum mit dem Rest der Keime leichter fertig wird und die sonst tödliche Infektion überwindet. Wichtig ist die gründliche Auswaschung der Bauchhöhle mit großen Mengen — 25 bis 30 Liter — der Kochsalzlösung.

Auch über die günstige Wirkung der intraperitonealen Einverleibung des Kampferöls liegen eine Reihe von Beobachtungen vor, von denen vier der prägnantesten kurz beschrieben werden.

Die Injektion des Pituitrins hat die bekannte Wirkung der Erhöhung des Blutdrucks sowie der Anregung der Peristaltik und Diurese gehabt.

Frickhinger (München).

14) **G. Tomaselli (Santa Lucia del Mela). Über zwei Fälle von zufälliger Pfählungsverletzung.** (Morgagni 1912. Parte I. Nr. 11.)

Während der eine der beiden Fälle einen 11jährigen Knaben betrifft, interessiert der zweite auch den Gynäkologen. Eine 24jährige, im 4. Monat schwangere Frau fiel von einem Baume auf einen Weinrebepfahl, und dabei drang ein 7 cm langes, 4 cm dickes Stück in mehreren Splittern durch die vordere Vaginalwand in die Blase und brach ab. Während die Schwangerschaft keine Störung erlitt, entwickelte sich eine eitrige Cystitis; 38 Tage nach dem Unfall kam die Kranke fiebernd in chirurgische Behandlung, welche darin bestand, daß die Konkremente, welche sich um die Splitter gebildet hatten, durch die unverletzte, langsam dilatierte Urethra entfernt wurden. Nachdem dies in zwei Sitzungen gelungen war, bestand für 48 Stunden Inkontinenz. Nach 5 Tagen Krankenhausaufenthalt wurde die Pat. geheilt entlassen.

Küster (Breslau).

15) **M. Savaré (Florenz). Beitrag zur Kasuistik und operativen Behandlung des Vulvakarzinoms.** (Ginecologia 1912. Nr. 13.)

Der Verf. verwertet außer der Literatur 13 Fälle der Florenzer Klinik und kommt zu dem Ergebnis, daß das Vulvakarzinom wegen der Schnelligkeit des Wachstums und der frühzeitigen Drüseninvasion zu den bösartigsten Lokalisationen zu stellen sei; zeitige Operation mit ausgedehnter Entfernung des Tumors und der Lymphdrüsen kann vielleicht die Prognose günstiger gestalten. Wichtig ist die Behandlung solcher Vulvaerkrankungen, die erfahrungsgemäß einen günstigen Boden für die Entwicklung des Karzinoms abgeben (gutartige Neubildungen, Leukoplakie). In einem Falle vermochte die Röntgenbehandlung ein inoperabel erscheinendes Karzinom soweit zu verkleinern, daß es operabel wurde.

Digitized by Google

Von 13 Karzinomen wurden 9 operiert; von diesen rezidivierten 4, 2 lokal und 2 in den Drüsen, 3 davon wurden wieder operiert, die übrigen operierten Fälle sind 10 Monate bis 4 Jahre 4 Monate rezidivfrei. Küster (Breslau).

16) **J. Leonhardt. Über Vulvakarzimom.** Diss., Bern, 1912.

Kurze Übersicht über die aus der Literatur bekannten Fälle. Besprechung von Therapie und Prognose im allgemeinen. Mitteilung von 4 Fällen aus der Berner Klinik, wovon 2 inoperabel, 1 an Rezidiv nach 5maliger Operation gestorben, 1 jetzt nach 15 Monaten noch geheilt. F. König (Bern).

17) **A. Fornero (Siena). Über eine ungewöhnliche Neubildung der äußeren Genitalien.** (Ginecologia 1912. Nr. 12.)

Bei einer 43jährigen Frau wurde von der Außenseite des Labium majus ein nußgroßer Tumor, der seit einem Jahre bemerkt war, entfernt. Die histologische Untersuchung ergab sehr verschiedenartige Elemente, welche zum Aufbau des Tumors beitrugen, hohe Zylinderzellen, anscheinend von Schweißdrüsen abstammend, Spindelzellen mit zahlreichen Mitosen und Riesenzellen, schließlich melaninhaltige Zellen; der Verf. bezeichnet daher den Tumor als Adeno-epitheliomelanosarkom. Küster (Breslau).

18) **W. Liepmann (Berlin). Der Antifluor, ein neues Instrument zur Trockenbehandlung der Scheidenkatarrhe.** (Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 25.)

Der vom Medizinischen Warenhause in Berlin hergestellte Apparat kommt in drei Größen in den Handel. Er hat vor dem von Nassauer angegebenen »Siccator« den Vorteil des billigeren Preises und noch einige andere Vorzüge, welche der Verf. beschreibt. Als Pulver verwendet L. das Lenizet.

Frickhinger (München).

Fötus und Neugeborenes.

19) **Max Kassowitz. Über Rachitis.** (Jahrbuch für Kinderheilkunde Bd. LXXVII. Hft. 4.)

Der leider jetzt verstorbene unermüdliche Rachitisforscher, dessen erste, bereits 1885 erschienene Publikation über die Pathogenese der Rachitis noch immer zu den besten Arbeiten über diese Erkrankung gehört, verficht nochmals seine alte Anschauung von der Häufigkeit der angeborenen Rachitis insbesondere gegen die Angriffe Wieland's. Im ersten Teile der Arbeit berichtet er über die Untersuchungen, welche er an 1376 Kindern in den ersten 10 Tagen angestellt hat, und die sich auf den größten Durchmesser der Stirnfontanelle, die Beschaffenheit und ev. Größe der hinteren Fontanelle, der Frontalnaht, sowie die Beschaffenheit der Kreuz-, Pfeil- und Lambdanaht, die Art des Schädels (Hart- oder Weichschädel) und die Bildung der vorderen Rippenenden beziehen — unter Berücksichtigung der Herkunft der Mutter (Stadt oder Land!) und der Jahreszeit der Geburt. Hierbei ergab sich ein deutliches Überwiegen aller vom Verf. für Rachitis als pathognomonisch angesehenen Symptome bei Stadtkindern und solchen, die in den Wintermonaten geboren sind. Im zweiten Teil der Arbeit werden die histologischen Merkmale der Erkrankung an der Hand sehr instruktiver Abbildungen und unter Berücksichtigung der Literatur eingehend erörtert, und insbesondere ihre Abgrenzung gegen normale Vorgänge sowie gegen syphilitische Knochenveränderungen hervorgehoben. Daß der vom Verf. erbrachte Nachweis von der fötalen Entstehung sehr vieler Rachitiserkrankungen für die Theorie dieser Krankheit von einschneidenster Bedeutung ist, liegt auf der Hand, da

Digitized by Google

sich damit alle Annahmen von Ursachen, die erst im extrauterinen Leben einwirken können, von selbst erledigen. Michel (Koblenz).

20) **A. Fergus Hewat (Edinburgh). Nahezu am Ende der Gravidität geborener Foetus papyraceus.** (Brit. med. journ. 1913. Juli 12.)

Eine 23jährige IIIpara, die zwei gesunde Kinder hatte, und selbst wie auch der Ehemann keine Zeichen von Lues darbot, erlitt 2 Wochen nachdem sie Kindsbewegungen gespürt hatte, also ungefähr im 5. Monat einen Fall, nach welchem sie keine Bewegungen mehr wahrnahm. Einen Monat später stellten sich heftige Leibschmerzen ein, die ungefähr 1 Woche anhielten. Nach weiteren 2 Monaten trat die Geburt ein. 1 Woche vorher sollten Kindsbewegungen wahrgenommen worden sein. Bei der Untersuchung schien die Blase zu stehen, obgleich die Pat. behauptete, daß der Blasensprung erfolgt sei. Tatsächlich wurde ein Foetus papyraceus geboren, dem ein lebendes Kind folgte. Zwei Fünftel der Placenta waren fibrös und blaß, zu diesem Teil führte die Nabelschnur des Foet. papyr. Es handelte sich um zwei Eier. Der tote Föt schien um den 6. Monat abgestorben zu sein. Selten erscheint der Vorantritt des Foetus papyraceus bei der Geburt.

Sieber (Grunewald-Schmargendorf).

21) **Trepper. Über die Gewichtsabnahmen der Neugeborenen.** Inaug.-Diss., Gießen, 1913.

Verf. untersuchte bei 453 Neugeborenen in der Gießener Klinik das Verhalten der Gewichtsabnahme und fand, daß die Abnahme am geringsten ist bei Kindern mittleren Gewichtes, am größten bei nicht ausgetragenen und schwachen Kindern, sie steigt dann wieder mit zunehmendem Anfangsgewicht, wofür der Grund wohl in größerer Einwirkung des Geburtstraumas zu suchen ist.

Geburtshilfliche Operationen und Krankheiten der Mutter in der Schwangerschaft haben keinen erkennbaren Einfluß, wohl aber kommen Schädigungen öfter nach langer Geburtsdauer und Asphyxien vor. Die zeitliche Dauer der Gewichtsabnahme über den 1. oder 2. Lebenstag hinaus wird wesentlich durch die Größe der Nahrungsaufnahme bestimmt; durch hinzutretenden Ikterus wird sie verlängert. In ausführlichen Tabellen sind die Einzelheiten zusammengestellt.

Knoop (Duisburg).

22) **R. Oakley Cloack (Neuyork). 117 Fälle von infantiler Diarrhöe, behandelt mit Bac. lactis bulgaric.** (Journ. amer. med. assoc. Bd. LX.)

Die Fälle, 16 Brust- und 101 Flaschenkinder im Alter von 6 Wochen bis $2^1/_2$ Jahren wurden ambulatorisch mit den Bazillen des Yoghurts, die in Tabletten komprimiert verabfolgt wurden, behandelt. Die Tabletten wurden je nach Schwere des Falles bis zu 42 Stück in 24 Stunden gegeben.

Die Erfolge waren sehr befriedigend. Schottelius (Hamburg).

23) **Gildemeister und Baerthlein (Groß-Lichterfelde). Bakteriologische Untersuchungen bei darmkranken Säuglingen.** (Deutsche med. Wochenschrift 1913. Nr. 21. p. 982.)

Verff. fanden bei darmkranken Säuglingen häufig Bakterien der giftarmen Ruhrgruppe. Sie glauben, daß diese Bakterien als Krankheitserreger anzusprechen sind. Seltener wurden Paratyphus B und Gärtnerbazillen gezüchtet.

Behne (Kiel).

24) **J. M. Snow (Buffalo). Purpura, Urticaria und angioneurotisches Ödem der Hände und Füße bei einem Säugling.** (Journ. amer. med. assoc. Bd. LX.)

Klinische Schilderung des Falles, der ohne besondere Therapie in Heilung ausging. Ätiologie nicht aufgeklärt. Schottelius (Hamburg).

Digitized by Google

25) **W. A. Lurie** (Chicago). **Vorrichtung zum Urinsammeln bei weiblichen Säuglingen.** (Journ. amer. med. assoc. Bd. LX. Nr. 26. p. 2045.)

Ein schmaler Schröpfkopf wird vor die Vulva mit Leukoplast fixiert und der Urin durch einen kurzen Gummischlauch in eine Flasche geleitet, die eventuell am Bein des Kindes befestigt werden kann. Schottelius (Hamburg).

Asepsis und Antisepsis.

26) **Th. Dobbert** (St. Petersburg). **Rückblicke auf eine zweite Serie von 500 Laparotomien.** (Sammlung klin. Vorträge Gyn. Nr. 250.)

Die Mortalität ist gegenüber der ersten Serie von 5,2% auf 1,9% gesunken, die Prozentzahl der septischen Todesfälle von 3,4 auf 0,5. Die Erklärung dafür gibt einmal der Umstand, daß in der zweiten Operationsreihe von den verschiedenen Operateuren mehr Wert auf Noninfektion gelegt wurde; ferner wuchs die Dexterität und Erfahrung der operierenden Ärzte. In neuester Zeit wurden Gummihandschuhe verwandt. Der Vergleich dieser 135 unter Gummischutz ausgeführten Laparotomien mit 171 ohne solchen fällt merklich zugunsten der ersteren aus. Es wurde zwar keine Besserung der allgemeinen Mortalität, und in bezug auf die Sterblichkeit an infektiösen Prozessen nur eine geringe Aufbesserung erreicht. Dafür waren aber die Unterschiede der Morbidität und der Wundheilung ganz evident. Bei reinen Fällen, die unter Gummischutz operiert wurden, trat um 11,8% häufiger prima intentio ein. Ferner erfolgten um 3,3% weniger Stichkanaleiterungen und fast um die Hälfte weniger Bauchdeckenabszesse. Im Gegensatz zu seiner früher geäußerten Ansicht ist Verf. jetzt von der Unentbehrlichkeit des verschärften Wundschutzes überzeugt. Er und seine Mitoperateure werden nicht mehr zum Operieren ohne Handschuhe zurückkehren.

H. Fuchs (Danzig).

27) **Kutscher** (Berlin). **Über die Händedesinfektion mit Bolusseife und Boluspaste nach Liermann.** (Berl. klin. Wchschr. 1913. Nr. 14.)

Zahlreiche bakteriologische Prüfungen hatten ein sehr ungünstiges Ergebnis. Eine Zurückhaltung oder gar Abtötung der Handkeime nach Behandlung mit Bolusseife und Paste erfolgt nicht. Wurden die Fingerspitzen zur Keimentnahme in Agar abgespült, so war in vielen Versuchen die Zahl der Keime nach der Bolusbehandlung sogar noch größer als vorher. Bei der genannten Manipulation löst sich die angetrocknete Boluspaste sofort von der Haut. Eine Härtung oder Schrumpfung der letzteren war nicht zu bemerken. Bei der geringen Quantität und Einwirkungsdauer des bei der Liermann'schen Methode angewandten Alkohols ist dies auch nicht zu erwarten. H. Fuchs (Danzig).

28) **Y. Ozaki** (Kyoto, Japan). **Über die Alkoholdesinfektion.** (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CXXI. Hft. 5 u. 6.)

Verf. beschäftigt sich mit der Möglichkeit, die Ahlfeld'sche Heißwasser-Alkoholmethode durch Abkürzung der Seifenwaschung zu vereinfachen. Er kommt zu dem Resultat, daß die lange Waschung eine kleine Überlegenheit gegenüber der kurzen aufweist, daß aber die kurze Waschung in der Praxis genügt. Dagegen erwies sich die alleinige Alkoholdesinfektion als unvollkommen. Verf. stellte ferner fest, daß der konzentrierte Alkohol auf angefeuchtete Haut energischer keimtötend wirkt als auf trockene, ebenso, daß der 60—80%ige Alkohol ein besseres Desinfizienz ist als der absolute. Die Wirksamkeit des Alkohols erklärt sich durch das Zusammenwirken seiner bakteriziden Kraft und seiner Fähigkeit, die Epidermis zu härten. Calmann (Hamburg).

Digitized by Google

29) **Otto Jüngling** (Tübingen). **Bedingt die Methode der Hautdesinfektion mit Jodtinktur eine Gefahr der Jodintoxikation für den operierenden Arzt?** (Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 32.)

Aus der chirurgischen Klinik in Würzburg wurden Beobachtungen von Hotz veröffentlicht, wonach Jodapplikation zu einer allgemeinen Lymphocytose führen soll. Die Untersuchung der Luft im Laboratorium der chirurgischen Klinik in Tübingen ergab, daß bei ruhiger Luft das verdunstende Jod sofort zu Boden sinkt. Denn die oberen Luftschichten enthielten fast 14mal weniger Jod als die Bodenluft. Dabei ist jedoch zu betonen, daß es sich bei der Jodverdunstung überhaupt um verschwindend geringe Mengen von Jod handelt. Im Operationssaal war der Jodgehalt der Luft direkt über dem Operationsfeld am größten. Bei rasch aufeinander folgenden, kleinen Operationen, bei denen in kurzer Zeit mehrere Jodanstriche vorgenommen wurden, betrug die vom Operateur bzw. dem Assistenten eingeatmete Jodmenge auf die Stunde berechnet 0,1035 mg. Danach würde der Operateur bei einem 5stündigen Operationsmorgen etwa $^1/_2$ mg Jod einatmen.

Es wurden nun alle im chirurgischen Operationssaal beschäftigten Personen auf Lymphocytose untersucht, und es wurden nebenbei Kontrolluntersuchungen an Menschen vorgenommen, die nichts mit Jod zu tun hatten. Unterschiede im Blutbilde, die zu dem Schluß berechtigen, daß das Desinfektionsverfahren die Lymphocytenzahl steigert, ergaben sich nicht. Frickhinger (München).

30) **Aug. Brüning** (Gießen). **Einfacher Handschutz bei eitrigen Operationen.** (Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 31.)

Das Verfahren besteht in Einreiben der Hände mit Borvaseline. Die Fettschicht hält alle Keime auf und verhindert ihr Eindringen in die Unebenheiten der Haut. Wie viele Kontrollen gezeigt haben, werden dann die Keime durch einfaches Waschen (ohne Bürste) mit heißem Wasser und Seife leicht und rasch entfernt. Frickhinger (München).

31) **Paul Wolff** (Berlin). **Zur Catgutfrage.** (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CXXI. Hft. 5 u. 6.)

Verf. hat an mit Milzbrandsporen beschickten Catgutfäden die verschiedenen Sterilisationsverfahren nachgeprüft. Als ungenügend erwiesen sich die siedenden Alkohole, auch bei einer auf 1 Stunde sich ausdehnenden Einwirkung. Der Grund dafür liegt darin, daß die alkoholischen Lösungen, auch die Jodalkohole, in das Fadeninnere nicht genügend eindringen. Die wässerigen Lösungen sind ihnen darin überlegen. Die wäßrige Jodlösung, am besten die einfache von Claudius angegebene Jod-Jodkalilösung, genügt vollständig zur Sterilisierung des Catguts und leistet dasselbe wie die komplizierte, aber durchaus vollkommene Methode Kuhn's. Kumolcatgutfäden waren stets keimfrei. Trockene Sterilisierung durch 2 Stunden hindurch bei 150—160° genügt ebenfalls, verlangt aber eine schwierige vorherige Austrocknung. Durch alle Sterilisationsmethoden verliert das Catgut an Zugfestigkeit; am wenigsten übrigens durch das Kumol.

Calmann (Hamburg).

Originalmitteilungen und Referate für das Zentralblatt wolle man an *Prof. Dr. W. Stoeckel* in Kiel, Monographien, Sonderdrucke und Bücher-sendungen an *Prof. Dr. W. Stoeckel* oder an die Verlagshandlung von *Johann Ambrosius Barth*, Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. W. Stoeckel in Kiel.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Digitized by Google

Zentralblatt für Gynäkologie

begründet von HEINRICH FRITSCH

herausgegeben von

WALTER STOECKEL in Kiel.

37. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 42. Sonnabend, den 18. Oktober 1913.

Inhalt.

85. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Wien.
Falgowski, Uterusmyom. — **Röder**, Dysmenorrhöe. — **Cohn**, Corpus luteum-Cysten und Hyperemesis gravidarum; Blasensteinentfernung im Wochenbett. — **Hannes**, Knochenbildung in der Laparotomienarbe. — **Kraus**, Anatomie der Portio vaginalis; Anästhesierung des Uterus. — **Jaschke**, Nierenfunktion in der Schwangerschaft. — **Wertheim, Weibel**, Interpositio uteri vesico-vaginalis. — **Schottlaender**, Pathologisch-anatomische Tätigkeit im Laboratorium. — **Frankl**, Strumöse Teratoblastome des Ovariums. — **Adler**, Die Uterusschleimhaut bei Blutungen. — **Kroph**, Beteiligung der Harnwege bei chronisch entzündlichen Adnextumoren. — **Klein**, Hydrotherapie in der Gynäkologie. — **Tuszkai**, Attribute eines Frauenkurortes. — **Schlimpert**, Blumreich'sches Phantom. — **Sellheim**, Drehungen des Kindes unter der Geburt; Myome; Uteruskarzinom und Strahlenbehandlung; Ausguß eines normalen weiblichen Bauches. **Eisenbach**, Angeborene multiple Hautgeschwülste. — **Grann**, Mitteilungen. — **Herrmann**, Physiologie des Corpus luteum. — **Novak**, Nebennieren und Kalkstoffwechsel. — **Stolper**, Hyperemesis gravidarum. — **Liebesny**, Geburtenrückgang.

Originalien: I. **K. H. Öhman**, Uterusmyom und Ovarialblutungen. — II. **M. Fraenkel**, Lösung parametritischer Verwachsungen durch Röntgenstrahlen.

Berichte: 1) New York academy of medicine.
Jacobson, Appendicitis; Adenokarzinom; Uterus septus puerperalis. — **Stein**, Einseitige Doppelniere; Nierenexstirpation bei Urinfisteln. — **Farrar**, Uterushernie.
2) American gynaecological society.
Harrison, Clifton Edgar, Cregin, Inertia uteri. — **Fry**, Pulmotor. — **Taussig**, Striaebildung. **King, Hoffman**, Karzinom. — **Coe**, Pathologie in der Gynäkologie. — **Brettauer**, Dysmenorrhöe. — **Polak**, Endokarditis. — **Sampson**, Extrauteringravidität. — **Gray-Ward**, Rektokele. — **Crile, Bloodgood**, Blutdruck bei Operationen. — **Freund**, Elektrokardiogramm. — **Webster**, Herzaffektionen. — **Byford**, Anämie. — **Findley**, Puerperale Thrombophlebitis. — **Morley**, Kalziumgehalt des Blutes. — **Taussig**, Krebs.

Zeitschriften: 3) Archiv für Gynäkologie Bd. C. Hft. 2.
Hitschmann und Adler, Endometritis. — **Hauser**, Gonokokkenvaccine. — **Raab**, Myome und Myosarkome des Uterus. — **Nagy**, Chorionepitheliom. — **Björkenheim**, Apparato reticolare interno Golgi in den Placentarepithelien.

Abderhalden's Reaktion: 4) **Abderhalden und Andryewsky**, 5) **Kolb**, 6) **v. Gambaroff**, 7) **Gutmann und Druskin**, 8) **Schlimpert u. Issel**, 9) **Goudsmit**, 10) **Abderhalden u. Fodor**, Serodiagnostik.

85. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Wien.

Berichtet von

Dr. Rudolf Ekler in Wien.

(Schluß.)

Nachtrag zur II. Sitzung.

Diskussion zu Schmid, Rotter usw.

Latzko (Wien): Es erscheint L. unwahrscheinlich, daß die Verlegung der Schnittes in die Cervix genügen sollte, um jene Bedenken zu zerstreuen, die uns bisher davon abgehalten haben, suspekte Fälle dem Kaiserschnitt zu unterziehen.

Digitized by Google

L. legt diesbezüglich dem extraperitonealen Vorgehen sehr große Bedeutung bei. Die Gefahr der Zellgewebsinfektionen muß hierbei durch Drainage ausgeschaltet werden. Wenn es zur Verletzung des Peritoneums einmal gekommen ist, so ist eine Drainage der Bauchhöhle unnütz, weil unmöglich, wie L. schon im Jahre 1905 in Kiel hervorgehoben hat. Die Verletzungen des Peritoneums, die größtenteils auf die Manipulationen zur Entfernung des Kindes erfolgen, sind darauf zurückzuführen, daß zu diesem Zwecke der gewöhnlichen geburtshilflichen Zange nachgebildete Instrumente verwendet werden. L. hat gelegentlich der Naturforscherversammlung in Salzburg eine Zange demonstriert, die ausschließlich dazu bestimmt ist, den über dem Becken befindlichen Schädel oberhalb desselben herauszuheben. Diese Zange unterscheidet sich in ihrem Bau prinzipiell von allen anderen geburtshilflichen Zangen. Bezüglich der Symphyseotomie bemerkt L., daß der Raumzuwachs bei dieser Operation wie durch darstellend geometrische Konstruktion nachgewiesen werden kann, den bei Hebosteotomie wesentlich übertrifft.

IV. Sitzung.

I. Falgowski (Posen): Über konservative Tendenz bei der Operation des Uterusmyoms.

F. stellt den Erfolgen der Röntgentherapie der Uterusmyome die Vorzüge der konservativ-operativen Behandlung gegenüber, welch letztere nach seinen Fällen zu urteilen bei 0 Mortalität und 0 Morbidität die ovarielle Funktion und eine teilweise oder völlige Menstruation sicherstellt. Demgegenüber ist die Röntgentherapie langwierig, quälend und teuer. Die Indikation zur operativen Behandlung bleibt also für geeignete Fälle nach wie vor bestehen. Der Vorteil der Operation besteht ferner darin, daß man die Beckenorgane zu Gesicht bekommt und sich vor diagnostischen Irrtümern schützt (Pyosalpinx, Ovarialabszeß, maligne Veränderung, in einem Falle ein früher daringelassener Tupfer, Ovarialkarzinom).

Von 78 Fällen keiner gestorben. Bei 28 älteren Frauen Totalexstirpation, ebenso bei 7 Frauen im Alter von 37—45 Jahren — wegen schwerer Veränderung des ganzen Uterus. Bei 3 jüngeren Frauen zwecks Sterilisation aus inneren Gründen supravaginale Amputation. Der Rest von 40 Kranken unter 37 Jahren wurde konservativ mit Erhaltung eines Teiles des Uterus mit dem Erfolge operiert, daß 21 nach der Operation richtig menstruierten. Sexuelle Vollwertigkeit.

41mal wurde von oben, 37mal vaginal operiert. Keine Nebenverletzung. Kleinere Myome können auch vaginal mit teilweiser Erhaltung der Gebärmutter entfernt werden, jedoch ist der Konservativismus bei der Laparotomie besser und leichter durchführbar. Von den 40 konservativ Operierten waren 29 laparotomiert, von 38 radikal Behandelten 12 von oben, die übrigen durch die Scheide operiert worden.

Schon die Erhaltung der Cervix ist durch Gewährleistung eines richtigen anatomischen Scheidenaufbaues und Erhaltung normaler Scheidensekretion für die Frauen von großer Wichtigkeit. Furcht vor späterem Portiokarzinom ist kein logischer Grund zur jedesmaligen Mitentfernung der Cervix. F. läßt daher die Cervix immer darin.

Das Wesentliche der konservativen Operation besteht darin, nach Entfernung aller Myomknoten möglichst glatte Wundverhältnisse zu schaffen. Es ist hierbei gleich, ob man nach H. Freund die »totale Myomektomie« ausführt, oder den Uterus einfach sagittal spaltet. Blutende Hohlräume müssen vermieden werden. Bei schwerer Erkrankung trägt F. die obere Hälfte des Uteruskörpers

Digitized by Google

keilförmig ab, so daß also der untere Teil des Körpers samt der Cervix als respektabler und teilweise funktionierender Rest übrig bleibt. (Infrakorporeale abdominale oder vaginale Amputation.)

Bisher kein Rezidiv. Anwendung individuell gewählter Narkosenart empfohlen.

II. Röder (Elberfeld): Die Behandlung der Dysmenorrhöe.

Vortr. beobachtete, daß mehr wie $^9/_{10}$ erwachsener Frauen, die wegen anderweitiger Störungen ihn aufsuchten, angaben, daß sie beim Unwohlsein Störungen zeigten in Form von Unregelmäßigkeit, Verlängerung oder Verkürzung der Blutung, von Schmerzen im Unterleib, Kreuz, Rücken und Kopf, zum Teil bei bestehendem Weißfluß. Er fand, daß eine auf seiner Hypothese, daß die Mandeln ein Ausscheidungsorgan seien, dessen Funktion vorhanden sein müsse, beruhende Behandlung diese bei der Periode bestehenden Störungen beseitigt derart, daß z. B. ein zurzeit bestehender krampfartiger Unterleibsschmerz sofort schwindet. Im allgemeinen zeigt sich bei der nächsten Periode Besserung und in kurzer Zeit Heilung, auch in bereits örtlich behandelten Fällen. Vortr. erweitert damit die Fliess'schen Beobachtungen, dem es gelang, durch Kokainisieren usw. der Nasenschleimhaut Unterleibsschmerzen zu beseitigen. Er empfiehlt den Gynäkologen die prophylaktische und therapeutische Anwendung des Verfahrens bei Entzündungszuständen nach Analogie der sich sonst zeigenden, entzündungswidrigen Wirkung und zur Verhütung der Eklampsie wegen der Ausscheidung und Entgiftung fördernden Wirkung, die leicht zu zeigen ist.

Diskussion: Szamek (Wien) weist auf ein Präparat hin, welches an der Abteilung des Herrn Prof. Mandel in der Behandlung der Dysmenorrhöe sehr gute Dienste geleistet hat. Es ist dies die Uzara, die vor einigen Jahren als Antidiarrhoikum empfohlen worden ist und jetzt von den meisten Internisten in dieser Eigenschaft geschätzt wird.

Durch Uzara wird der Darm ruhiggestellt, die Diarrhöen hören auf, Schmerzen und Krämpfe lassen nach, Erscheinungen, welche mit großer Wahrscheinlichkeit auf eine Beeinflussung des sympathischen Geflechtes, und zwar im Sinne der Erregung des Nervus splanchnicus schließen lassen. Von diesem Gesichtspunkt aus und in der Erkenntnis, daß neben dem Darm auch die glattmuskulären Organe des Beckens außer der Versorgung durch die autonomen Fasern noch eine sympathische Innervation eingehen, versuchte Vortr. die dysmenorrhoischen Beschwerden durch Ruhigstellung der Uteruskontraktionen zu beeinflussen. Es wäre dies der ähnliche Gedanke, den schon Drenkan und Novak mit der Atropinbehandlung der Dysmenorrhöe ins Auge gefaßt haben. Dadurch würde sich Uzara oder das in ihr wirkende Uzarin den lähmenden Giften des autonomen Nervensystems, zu dem das Atropin gehört, als Sympathicuserreger antagonistisch gegenüberstellen.

III. F. Cohn (Greifswald): a. Corpus luteum-Cysten und Hyperemesis gravidarum.

Vortr. wendet sich gegen die nicht genügend begründete Theorie französischer Autoren, die Hyperemesis durch eine Hypofunktion des Corpus luteum, wie bei Corpus luteum-Cysten, zu erklären. Cystische Veränderungen des Corpus luteum werden, auch in der Schwangerschaft, sehr häufig gefunden, ohne daß durch Verminderung und Kompression des Luteingewebes hierbei Hyperemesis auftritt. Auch nach Entfernung des Corpus luteum in der Schwangerschaft wurde das Auftreten von Hyperemesis bisher nicht beobachtet.

Digitized by Google

b. Kolpocystotomie zur Blasensteinentfernung im Wochenbett.

Gegenüber der Sectio alta wird zur Blasensteinentfernung bei Frauen der vaginale Weg empfohlen. Auch im Wochenbett konnte trotz schwerer Blaseninfektion ein guter Erfolg erzielt werden, ohne daß eine Störung der Wundheilung oder Infektion des Genitales eintrat.

Diskussion. Schottländer (Wien): Es kommt wohl vor, daß das Corpus luteum cystisch degeneriert, aber das ist immer pathologisch.

Theilhaber (München) hat auch zweimal Blasensteine durch Kolpocystotomie entfernt.

IV. Hannes (Breslau): Knochenbildung in der Laparotomienarbe.

Vortr. berichtet über zwei Fälle von echter Knochenbildung in der Laparotomienarbe. Es sind dies die ersten Fälle, die bei Frauen beobachtet und publiziert werden. Im ganzen sind solche Knochen bisher bei 12 Männern beschrieben worden. Immer waren es Narben in der Mittellinie, sehr häufig waren Heilungsstörungen in der Narbe zu verzeichnen. Die Natur der Knochenbildung ist wohl eine entzündliche. Zu entfernen sind die Knochen nur, wenn sie Beschwerden machen.

Va. Kraus (Brünn): Zur Anatomie der Portio vaginalis.

Der Vortr. demonstriert viele Modelle der Portio vaginalis, die er nach Abdrücken an der Lebenden gewonnen hat. Er setzt die Technik der Gewinnung derartiger Portiopositive genau auseinander, die an seine vor vielen Jahren über diesen Gegenstand gemachten Angaben anknüpft und zwei Verbesserungen zeigt.

Erstens wird dadurch, daß die Frau vor Erstarrung des Gipsbreies drückt, die Bauchpresse in Bewegung setzt, der Abdruck viel deutlicher und prägnanter, während beim früheren Verfahren mehr von einem Abguß, als von einem wirklichen Abdruck gesprochen werden konnte.

Zweitens wird durch Einfügung eines plattenförmigen Ringes in dem der Portio zugewandten Rande des Spekulums ermöglicht, daß nicht nur das vordere Relief der Portio, sondern der ganze in die Vagina hineinragende Teil der Cervix plastisch dargestellt werden kann.

An der Hand dieser Portiomodelle zeigt Vortr., daß nach seiner Erfahrung an über hundert erzeugten Positiven Cervixrisse bei der Geburt stets zu beiden Seiten der Portio entstehen, so daß diese Risse mit dem ursprünglichen Orificium externum uteri einen mit der Konkavität nach vorn gerichteten halbmondförmigen Spalt bilden.

Die Konstanz der Form und Lokalisation der Risse erklärt Vortr. damit, daß entwicklungsgeschichtlich (Dohrn) die Portio aus einem vorderen und rückwärtigen Teile gebildet wird, und daß die Risse eben an der minder widerstandsfähigen Verwachsungsstelle beider Teile entstehen.

Als Stütze dieser Annahme demonstriert Vortr. das Gipsmodell einer Portio einer Mehrgebärenden mit Mißbildung des Genitales. Diese Portio weist vier aufeinander senkrecht stehende Risse auf, was darauf zurückzuführen ist, daß dieselbe sich offenbar embryonal aus vier Teilen zusammengesetzt hat.

Vb. Kraus (Brünn): Zur Anästhesierung des Uterus.

Vortr. hat die in der Odontologie verwendete Druckanästhesie für die Anästhesierung bei Abrasio mucosae uteri zu verwenden gesucht. Zu diesem Zwecke werden vor der Operation Hegarstifte mit einer Zuckerglasur, in welcher Suprarenin, Novokain in bestimmter Menge enthalten sind, überzogen. Bei Einführung der so präparierten Hegarstifte werden immer neue Mengen des Anästhetikums

Digitized by Google

an die Innenwände des Uterus angepreßt, was noch durch die ausgelöste Wehentätigkeit des Uterus unterstützt wird.

Die dadurch erzeugte Druckanästhesie macht in erster Reihe die sehr schmerzhafte Dehnung der Cervix für die Pat. unempfindlich.

Diskussion Stiassny (Wien) wendet gegen Kraus ein, daß man Anästhetika nicht erhitzen dürfe, weil sonst die spezifischen Mittel geschädigt werden.

Fraenkel (Breslau) kann sich nicht vorstellen, daß durch Einführen von Stäbchen die Schmerzen gelindert werden.

Kraus (Schlußwort): Das Adrenalin blieb beim Kochen farblos und dürfte sich daher kaum verändert haben.

VI. Rud. Th. Jaschke (Gießen): Untersuchungen über die Funktion der Nieren in der Schwangerschaft.

Der Vortr. hat an 24 normalen und 5 pathologischen Fällen Funktionsprüfungen der Nieren mit der Schlayer'schen Methode angestellt, die zu sehr interessanten Ergebnissen führten. Entgegen allen Erwartungen, die man auf Grund der bisherigen Annahmen hegen konnte, zeigten die normalen Fälle eine Beschleunigung der Jodausscheidung auf 24—28 Stunden, also eine Funktionssteigerung des tubulären Anteils der Niere, dagegen allerdings eine Verzögerung der Milchzuckerausscheidung um ein Drittel bis das Doppelte der normalen Werte. Dieses Ergebnis zeigt klar, wie sehr man sich vor einer Überschätzung anatomischer, zudem recht unsicherer Befunde auf dem hier in Frage kommenden Gebiete hüten muß, und wie ganz anders die Resultate ausfallen, wenn man statt dessen die Funktion der einzelnen Anteile der Niere in Betracht zieht.

Noch auffallender sind diese Ergebnisse bei den pathologischen Fällen. Bei Nephropathia gravidarum ist die Jodausscheidung zwar auch gegenüber der Norm in der Schwangerschaft verlängert, vor allem aber fällt eine ganz enorme Verzögerung der Milchzuckerausscheidung auf. Mit anderen Worten, die überragende Bedeutung kommt nicht den anatomischen Veränderungen am tubulären Anteil der Niere zu, sondern einer funktionellen Unterempfindlichkeit der Nierengefäße. Im Wochenbett erfolgt eine relativ rasche Rückkehr zu annähernd normalen Verhältnissen.

Über die Nephritis in graviditate besitzt der Vortr. zu wenig Beobachtungen, als daß endgültige Schlüsse möglich wären. Doch scheint ihm, daß die verschiedenen Fälle nicht gleich zu deuten seien.

Diskussion: Cohn (Greifswald) hat ähnliche Versuche wie Jaschke angestellt und kann die Befunde desselben bestätigen.

VII. Wertheim (Wien): Zur Technik der Interpositio uteri vesico-vaginalis.

Die Interpositio uteri vesico-vaginalis bedeutet einen großen Fortschritt in der Prolapstherapie. Die Rezidive nach dieser Operation sind selten, doch kommen sie vor, und zwar entstehen sie so, daß die Portio einen Bogen beschreibt und bis zur Vulva kommt, wobei der Fundus das Fixum für diese Drehung abgibt. Ist der Fundus uteri nicht fest genug fixiert, so entfernt er sich allmählich nach hinten. Dieses Rezidiv kann man dadurch vorbeugen, daß man einen hohen, festen Damm anlegt. Die zweite Art des Rezidivs kommt so zustande, daß der Uterus zwischen dem Hiatus genitalis durchtritt und vor die Scheide kommt. Diese Art des Rezidivs veranlaßte W. zu einer Modifikation der Interposition.

Die Modifikation besteht darin, daß der Uterus seitlich und vorn im Hiatus genitalis fixiert wird. Die seitliche Fixation geschieht so, daß der Uterus an den

Digitized by Google

Levatoren angenäht wird. Die vordere Fixation dadurch, daß der Uterus an das Ligamentum transversum pelvis angenäht wird. Durch diese Methode kann der Uterus durch den Hiatus nicht mehr hindurchgleiten. Die Dammplastik geschieht durch die Vereinigung der Partes pubicae der Levatoren, bei der Interposition des Uterus kommen die Partes iliacae in Betracht. Vortr. führt diese Operation erst seit $^1/_2$ Jahre aus und kann daher noch nicht von Dauerresultaten berichten.

VIII. Weibel (Wien): Die operative Behandlung der Rezidive nach Interpositio uteri vesico-vaginalis.

Die Rezidive nach Interpositio uteri vesico-vaginalis treten als Portiorezidive, wo zuerst die Portio aus der Vulva hervortritt, oder als Korpusrezidive, wo sich zuerst der Fundus uteri senkt, auf. Bei den Portiorezidiven kann der Fundus unter der Symphyse gut fixiert bleiben oder sich hier loslösen und in Retroversionsstellung begeben. Es gibt natürlich auch Übergänge und Kombinationen. Erschlaffung der Sacrouterinligamente, ein niedriger und schwacher Damm bedingen die erste Form, eine schlechte Fixierung des Fundus und Erschlaffung der vorderen Scheidenwand, verbunden mit Schwäche des Dammes, die zweite.

Bei der operativen Behandlung solcher Rezidive wurden bisher die Sacrouterinligamente abdominal verkürzt und ein neuer Damm gebaut; so operierte Fälle zeigten einen guten Dauererfolg. Zwei Fälle, wo nur eine Dammplastik gemacht wurde, rezidivierten bald.

Für die Rezidive wird jetzt folgende Operationsmethode verwendet: Die Scheide wird vom Uterus wieder losgelöst, Blase und Uterus separiert und, im Falle der Notwendigkeit, vaginal oder abdominal eine Verkürzung der Sacrouterinligamente vorgenommen. Der Uterus wird sodann neuerlich interponiert, weshalb für die Operation der Name »Re-Interpositio uteri« vorgeschlagen wird, jedoch so, daß die Fundusecken an die Muskeln des Beckenausganges angeheftet werden und nach Resektion des überflüssigen Scheidenstückes mit Scheide überdeckt.

Eine hypertrophische Portio wird amputiert, ein zu großer Uteruskörper reseziert.

Diskussion zu Wertheim, Weibel.

Latzko (Wien) macht darauf aufmerksam, daß die von Wertheim angegebene neue Interpositionsmethode sich von der bisherigen dadurch vorteilhaft unterscheidet, daß nicht mehr wie bisher die Fixation nur im Bereiche der Urethra erfolgt. Es gibt eine Reihe von Fällen, in denen die Verbindung der Urethra mit der Symphyse so locker ist, daß es sehr leicht zur Verlagerung des fixierten Fundus uteri oberhalb oder unterhalb des Arcus pubis kommt. Diese Verlagerungen sind die mittelbare Ursache der eintretenden Rezidive. Ein derartiges Rezidiv der zweiten Form hat L. mit sehr gutem Erfolg durch Totalexstirpation beseitigt. Die Auslösung des Uterus aus seinem Bindegewebslager ist, wie L. Herrn Weibel bestätigen kann, tatsächlich sehr leicht. Die Vereinigung der Levatorschenkel bei der von L. seinerzeit schon in Salzburg demonstrierten Levatornaht kann ohne wesentliche Blutung ausgeführt werden, auch wenn man, wie dies unbedingt notwendig ist, die Levatormuskulatur vollständig bloßlegt.

Hofmeier (Würzburg) sah niemals ein Rezidiv nach Interpositio uteri. Nach der Meinung des Redners kann man Rezidive verhüten, wenn man die Fälle, die man nach dieser Methode operiert, aussucht. Bei großen Prolapsen empfiehlt er die vaginale Totalexstirpation, wobei man auch natürlich einen großen Teil der Scheide entfernen muß.

Amann (München) führt seit einer Reihe von Jahren die Interposition aus

Digitized by Google

und sah nur ein Rezidiv. Er löst manchmal die Ligamenta lata seitlich ab und vereinigt sie vor dem Kollum.

IX. Schottlaender (Wien): $5^1/_4$ Jahre pathologisch-anatomischer Tätigkeit im Laboratorium der II. Univ.-Frauenklinik zu Wien.

Vortr. berichtet zunächst über die seit seinem Amtsantritt in dem Laboratorium eingeführte und beibehaltene Methodik und Technik der makroskopischen und mikroskopischen Untersuchung der Präparate und hebt den lehrhaften Wert von Stereophotogrammen, sowie von großen, mittels des Jung'schen Tetrandermikrotoms hergestellten Schnitten durch die weiblichen Geschlechtsorgane hervor.

Er berichtet sodann kursorisch über seine pathologisch-anatomischen Erfahrungen, wobei folgendes hervorgehoben werden mag:

Ernährungsstörungen in der Gebärmutterschleimhaut ohne entzündliche Infiltration wurden fast ebensooft beobachtet als eigentliche Entzündungen. Während im ersteren Falle sich in ca. 50% Beziehungen zur menstruellen Umwandlung der Schleimhaut ergaben, war ein Gleiches im letzteren Falle nur in 4% zu konstatieren. Beim typischen Status antemenstrualis fehlte in der Regel Rundzelleninfiltration vollkommen. Beim Status menstrualis incipiens, wobei der Eierstock fast durchweg ein frisches Corpus luteum enthält, läßt sich mitunter, und zwar auch im ampullären Abschnitt der Tube Korpusschleimhaut nachweisen. (Operativ-artefizielle Verschleppung?)

Unter den Salpingitiden überwogen die eitrigen Formen etwas über die katarrhalischen. In 7% handelte es sich um Tuberkulose.

Charakteristische pathologisch-anatomische Merkmale für die gonorrhoische Form gibt es nach Ansicht des Vortr. nicht.

Bei der Tubentuberkulose war der Uterus in 43% mitergriffen, der Eierstock sehr viel seltener.

Uterustuberkulose wurde im ganzen 25mal konstatiert.

Luteincysten des Eierstocks werden öfters anscheinend vorgetäuscht; unter letzteren waren relativ viele epithelial ausgekleidet; unter den vulvaren Cysten fanden sich zwei des Labium minus, eine in der Mittellinie, zwischen Klitoris und Urethra gelegene.

Eine Trennung der Kollumkarzinome (von denen 429 beobachtet wurden) in solche der Cervix und solche der Portio hält Vertr., schon wenn nur die Lokalisation bezeichnet werden soll, für zumeist schwer; eine Trennung im Sinne einer verschiedenen Entstehung nach wie vor zwar theoretisch für denkbar, aber praktisch bisher für noch nicht erwiesen.

Der Prozentsatz der Korpuskarzinome im Verhältnis zu denen des Kollum beläuft sich auf 9—10%.

Die Karzinome des Ovariums betragen etwa $^1/_3$ aller proliferierenden Eierstocksgeschwülste.

Nach der Häufigkeit zusammengestellt, folgen auf die Uterus- und Ovarialkarzinome diejenigen der Vulva, dann die der Vagina, zuletzt die der Tube.

Bei den Uterusmyomen zeigte sich eine sichere Sarkombildung in 3,4%. Zweimal war eine solche in Fällen zu beobachten, bei denen das Myom einen Nebenbefund darstellte. Sichere Schleimhautsarkome des Uterus wurden nur 6mal beobachtet, ebensooft Sarkome des Eierstocks, wobei allerdings drei Kruckenbergtumoren nicht mitgerechnet sind.

Unter den Eierstocksteratomen (Dermoidcysten) fand sich etwas öfter als in $^1/_7$ der Fälle Strumagewebe.

Auf Grund von Studien an über 1000 menschlichen Eiern bzw. Placenten

Digitized by Google

hält Vortr. es für möglich, rein histologisch bis zur 24. Woche mit ziemlicher Sicherheit, von da ab nur mit einiger Wahrscheinlichkeit die Dauer der Schwangerschaft unter normalen Verhältnissen ungefähr monatweise festzustellen. Dabei ist entgegen Peters zu betonen, daß natürlich nur der Geübte zu solchen Feststellungen berufen ist; ferner, daß die von Peters angeführte Ablehnung der Feststellungen für forensische Zwecke durch Haberda den Vortr. insofern gar nicht entmutigt, als sich klar zeigt, daß entsprechende Feststellungen von letzterem Autor noch gar nicht versucht worden sind.

Unter 159 von sicher oder wahrscheinlich luetischen Frauen stammenden Placenten wurden nur 6mal (5%), und zwar immer nur im Nabelstrang, Spirochäten gefunden.

Placentartuberkulose wurde wenige Male, Blasenmolenbildung, deren Diagnose nach Ansicht des Vortr. sehr schwer sein kann, 9mal sicher, 3mal fraglich beobachtet; Chorionepitheliome 2mal, Chorionangiome 3mal.

Bei den Tubengraviditäten verhält sich nach dem untersuchten Material die Häufigkeit des inneren zum äußeren Kapselaufbruch wie 3 : 1.

X. Frankl (Wien): Zur Kenntnis der strumösen Teratoblastome des Ovariums.

An der Hand dreier Fälle von Struma ovarii werden in Kürze die Beziehungen zwischen histologischem Bild und klinischer Dignität dieser Geschwülste besprochen. Aus der Literatur geht hervor, daß die histologisch gutartigen Ovarialstrumen in klinischer Hinsicht sowohl gutartig als auch bösartig sein können. Schauta hat gelegentlich einer Demonstration vor längerer Zeit darauf hingewiesen, daß man mit der Diagnose der histologischen Bösartigkeit vorsichtig sein muß, indem nahezu bei jeder Struma ovarii zwischen den ausgereiften, kolloidhaltigen Drüsen und Cysten solide Sprossen zu finden sind, welche nicht Zeichen histologischer Malignität sind, sondern, die jüngsten Gewebspartien darstellend, das gleiche Bild präsentieren, welches man in der fötalen Schilddrüse beobachtet. Auch hier sind sämtliche Drüsengänge als solide, meist zweizeilige Sprossen angelegt. (Demonstration.)

Neben diesen histologisch gutartigen Ovarialstrumen gibt es aber auch histologisch maligne Strumen. Die histologische Malignität kann sich in der Weise manifestieren, daß neben dem Thyreoideagewebe blastomatöse Wucherungen bestehen, gleichfalls teratogenen Ursprunges, aber nicht aus dem Schilddrüsengewebe hervorgegangen; andererseits gibt es Fälle, in welchen das Schilddrüsengewebe selbst die blastomatöse Wucherungstendenz in ausgeprägtem Maße darbietet. Einen Fall der ersten Art habe ich als Teratoma ovarii strumosum malignum vor längerer Zeit demonstriert. Es handelte sich um einen Tumor, der etwa kindskopfgroß war und wesentlich aus blastomatös wuchernden Zellmassen bestand, die, teilweise Drüsentypus imitierend, zum größeren Teil solide Zellmassen bildend, die Hauptmasse des Tumors ausmachten. Ein eingesprengter Keil stellte sich als Schilddrüse von der histologischen Struktur der Struma colli benigna dar. Einen Fall der zweiten Art von histologischer Malignität kann ich in einem mannskopfgroßen Tumor vorlegen, der zur Hälfte aus einem ödematös-cystischen Fibrom, zur anderen Hälfte aus einer Ovarialstruma besteht. Diese zeigt nur an wenigen Stellen den Bau einer gutartigen Struma colli; weitaus in den meisten Partien findet sich Mehrschichtung und Atypie der Drüsenepithelien, im Lumen jedoch allenthalben mit van Gieson leuchtend rot gefärbtes Kolloid. Es besteht demnach keine volle Aufhebung der spezifischen Funktion trotz histologischer Malignität.

Digitized by Google

Alle drei Fälle befinden sich zurzeit wohl. Ob in den beiden histologisch malignen Fällen eine Dauerheilung besteht, kann noch nicht entschieden werden, da in einem Falle erst $1^3/_4$ Jahre, im anderen erst 4 Monate seit der Operation verstrichen sind. (Demonstration.)

XI. L. Adler (Wien): Die Uterusschleimhaut bei Blutungen.

Vortr. verweist auf seine gemeinsam mit Hitschmann publizierte Arbeit der zyklischen Wandlung der normalen Uterusmucosa, die die bis dahin herrschende Endometritislehre bekämpfte.

Nachdem die Grundlage des normalen gesichert war, wurde das Schleimhautbild bei unregelmäßigen Blutungen studiert. Die Kenntnis dieser Bilder erscheint um so wichtiger, als von manchen Autoren Schleimhautbefunde von unregelmäßigen Blutungen herangezogen worden sind, um die alte Endometritislehre wenigstens teilweise zu retten.

Für das Bestehen der zyklischen Schleimhautwandlung ist Regelmäßigkeit der Periode die Grundbedingung. Der unregelmäßigen Blutung dagegen entspricht eine atypische, unregelmäßige Schleimhautwandlung. Diese hat natürlich nichts mit einer Endometritis zu tun und darf auch nicht als Gegenbeweis gegen das Bestehen der zyklischen Wandlung bei regelmäßiger Periode angewendet werden, wie dies von manchen Autoren versucht worden ist.

Ebenso, wie die zyklische Schleimhautwandlung und die regelmäßige Periode der Ausdruck der physiologischen Ovarialfunktion ist, weist die atypische Wandlung und die Unregelmäßigkeit der Periode auf eine Störung der Ovarialfunktion hin. Beide Arten der Wandlung sind also abhängig vom Ovarium und unabhängig von lokalen Ursachen, z. B. Entzündung oder Drüsenreichtum.

Solange nun der regelmäßige Zyklus besteht, sieht man folgende Bilder: Prämenstruell die hoch entwickelten sezernierenden Drüsen; während der Menstruation kollabiert die Schleimhaut, und zwar spielt sich der Kollaps in der Weise ab, daß zu Beginn der Periode noch Anlehnung an das Prämenstruum besteht, gegen das Ende kompletter Kollaps, und zwar in der Form, daß die Drüsen epithelarm, enge sind, das Epithel einreihig ist. Postmenstruell sieht man noch dieselben Drüsen, dann beginnt die Erweiterung und im Intervall sind dann die bekannten geschlängelten Drüsen vorhanden.

Es kommt bei solchen Blutungen nicht zum kompletten Kollaps, die Drüsen bleiben vielmehr zum Teil auf einer bestimmten Entwicklungs- oder Rückbildungsstufe stehen, der Kollaps ist verzögert, und so kann es geschehen, daß man Drüsen findet, die ihrer Form nach nicht der Zeit entsprechen, in der sie gefunden wurden (Demonstration von Bildern).

Man sieht an den Bildern den verzögerten, inkompletten Kollaps, der so charakteristisch für diese atypische Wandlung ist, daß man allein aus dem mikroskopischen Bilde oft die Diagnose stellen kann, daß die Periode unregelmäßig, protrahiert, profus ist. Vergleicht man mit diesen Bildern den kompletten Kollaps bei regelmäßiger Periode, so sieht man den großen Unterschied.

Es ist aber auch wichtig, die typische, prämenstruelle Drüse von der inkomplett kollabierten zu unterscheiden; bei jener sieht man Sekretion, die schlechte Kernfärbung, die Papillen, bei dieser wohl auch weiteres Lumen, aber zahllose, dichtgedrängte, gut gefärbte Kerne, mehrzeiliges Epithel, und doch ist kein Zweifel, daß diese Drüsen nicht selten als prämenstruelle angesehen worden sind.

Aber nicht nur für das Verstehen der zyklischen Schleimhautwandlung ist die Kenntnis dieser Drüsenform wichtig. Wenn man bei einer Ausschabung einer blutenden Frau solche gut gefärbte Drüsen mit den vielfach mehrzeiligen

Digitized by Google

Epithelzellen betrachtet, so könnte man leicht verleitet werden, an Malignität zu denken. Es ist wichtig, diese Art von Drüsen zu kennen, um die Differentialdiagnose gegen Karzinom stellen zu können.

Diskussion A. Theilhaber (München): Im Gegensatz zu Adler muß ich an meiner schon auf dem Dresdner Kongreß 1907 aufgestellten Behauptung festhalten, daß den physiologischen Variationen in der Form der Drüsen, der Größe der Zellen und des interglandulären Raumes, in der Zahl der Drüsen usw. ein viel größerer Spielraum eingeräumt werden muß, als dies Hitschmann und Adler stets getan haben. Überhaupt haben die beiden Herren die Veränderungen der Schleimhaut infolge der Menstruation viel schematischer beschrieben, als dies der Wirklichkeit entspricht. Ebenso muß ich daran festhalten, daß bei der Diagnose der Endometritis der Rundzelleninfiltration eine viel größere Bedeutung zukommt, als den Plasmazellen.

Die Behauptung Adler's, daß bis zum Erscheinen seiner Arbeiten (1907) niemand bestritten habe, daß die Uterusblutungen durch eine Endometritis hervorgerufen werden, ist nicht richtig. Ich habe schon vor etwa 15 Jahren den Kampf gegen die damals bestehende Lehre von der Endometritis aufgenommen. Ich habe in einer Anzahl von Arbeiten, die am Ende des vorigen Jahrhunderts und in den Jahren 1900—1907 erschienen sind, bereits nachgewiesen, daß weder die Myomblutungen, noch die Blutungen von Adnexerkrankungen, noch die Blutungen im Klimakterium, auch die Blutungen im infantilen Uterus bei der sogenannten Subinvolutio uteri usw. nicht durch eine Endometritis bedingt sind. Auch muß ich mich dagegen verwahren, daß die von mir demonstrierten Präparate nicht einwandfrei waren. Die große Mehrzahl derselben waren von den Professoren der pathologischen Anatomie Bollinger und Schmaus als einwandfrei qualifiziert worden. Wenn Hitschmann sagt, daß ich mit meinen Lehren von der mangelhaften Funktion der Uterusmuskulatur als Ursache der Blutungen wenig Anhänger gefunden habe, so ist dies auch nicht richtig: zu meinen Anhängern zählt neben vielen anderen auch Hitschmann, denn er sagt selbst im Archiv für Gynäkologie folgendes: »Die Frage ist die, hat die Muskulatur des nichtgraviden Uterus regulierenden Einfluß auf die Blutung und wird diese Kraft durch Bindegewebszunahme beeinflußt? Wir glauben dies, doch müssen darüber weitere Untersuchungen Klarheit verschaffen.«

XII. Kroph (Wien): Untersuchungen über die Beteiligung der Harnwege bei chronisch entzündlichen Adnextumoren.

Es werden die Resultate der Untersuchung der Harnwege in 100 Fällen von entzündlichen Adnextumoren berichtet. Nach einer kurzen Einleitung, welche die zu lösenden Fragen bezüglich der Häufigkeit der Miterkrankung der Blase, dann in Bezug auf die Seltenheit der Aszension einer gonorrhoischen Infektion, weiteres inwieweit Blase und Ureter durch die Nachbarschaft der Adnextumoren in Mitleidenschaft gezogen werden, zum Inhalt hat, wird der Gang der Technik der cystoskopischen und bakteriologischen Untersuchung sowie der Kautelen, die getroffen werden, um Fehler zu vermeiden, beschrieben. In 30% der untersuchten Fälle fand sich eine Beteiligung der Blase und in 14% eine Mitbeteiligung der Nieren, darunter dreimal eine Erkrankung beider Nieren. Vorwiegend wurden sowohl in der Blase als auch im Nierenbecken Staphylokokken nachgewiesen, in 23 Fällen in der Blase und in 11 Fällen im Nierenbecken, verhältnismäßig selten Bakterium coli, 5mal in der Blase, gar nicht im Nierenbecken. Gonokokken konnten weder in der Blase noch im Nierenbecken gefunden werden. Am häufig-

Digitized by Google

sten war die Blase bei den gonorrhoischen Adnextumoren erkrankt (11mal unter 29 Fällen), das Nierenbecken in der weitaus größten Zahl (11mal unter 59 Fällen) bei den Adnextumoren »unbekannter Ursache«, bei denen kein Zusammenhang mit dem Puerperium, aber auch weder anamnestisch noch durch den klinischen Befund eine vorausgegangene Gonorrhöe nachweisbar waren.

Es werden kurz die subjektiven Beschwerden, sowie die cystoskopischen Befunde erwähnt. Bezüglich des Infektionsmodus glaubt der Vortr. in seinen Fällen den deszendierenden (hämotogenen) Modus ausschließen zu können und entscheidet sich für den aszendierenden Weg, sei es durch Propagation der Keime durch das Lumen des Ureters oder durch Aufwärtswandern im Gewebe (entweder in der Schleimhaut oder in der Wandung der Ureteren), oder endlich durch Aufsteigen in den periureteralen Lymphbahnen. Eine direkte Infektion des Nierenbeckens vom entzündlichen Adnextumor aus ist wohl nicht anzunehmen, sondern es dürfte die Infektion auf dem Wege des Zellgewebes um die Blase oder durch die Blase selbst nach einem der angeführten Modi zustande kommen.

Die Infektion der Harnwege scheint also bei chronisch entzündlichen Adnextumoren nicht so selten zu sein. Der mechanische Einfluß der Nachbarschaft entzündlicher Adnextumoren auf Blase und Ureteren ist anscheinend kein großer. Auffallend ist aber, daß die rechte Niere weitaus häufiger (in den untersuchten Fällen 63,6%) erkrankt ist, als die linke. Die Prognose für die Heilung ist eine gute. Sämtliche Fälle wurden nach längerer oder kürzerer Behandlung durch Nierenbeckenspülungen bakterienfrei geheilt entlassen.

XIII. H. V. Klein (Wien): Die Bedeutung der Hydrotherapie für den Gynäkologen.

Dem Operationsradikalismus des letzten Jahrzehnts ist in neuerer Zeit die physikalische Therapie durch ihren Aufschwung wirksam entgegengetreten. Auch die Hydrotherapie hat dabei eine bedeutende Rolle gepielt.

Die seit etwa $1^1/_2$ Jahren an der hydrotherapeutischen Abteilung der Klinik Wertheim gewonnenen Erfahrungen haben erwiesen, daß die Hydrotherapie ein unentbehrlicher Behelf im Heilmittelschatze des Gynäkologen geworden ist. Sie hat für den Gynäkologen dreifache Bedeutung: Er soll sie beim gesunden Weibe als Prophylaxe, beim kranken als Therapie, beim graviden und puerperalen als Hygiene anwenden. Viele Irrtümer, die in Laien- ja selbst in Ärztekreisen über die Wirkungsweise des Wassers verbreitet sind, müssen durch gemeinverständliche Belehrung aufgeklärt werden.

Die Indikation der gynäkologischen Hydrotherapie erstreckt sich auf funktionelle Störungen und auf organische Erkrankungen. Bei allen Erkrankungen, die unter dem Sammelbegriffe Neurasthenia sexualis bekannt sind, wurden durch verschiedene Wasserkuren sehr gute, teilweise überraschende Erfolge erzielt. Aber auch bei Organerkrankungen, bei Perimetritis, bei Stumpfexsudaten, die nach Operation entstanden waren, bei großen parametranen Exsudaten können dauernde Erfolge erreicht werden. Hier kommen die Moorbäder, die Moorumschläge, Prießnitzumschläge, die verschiedenen Formen der Sitzbäder, auch elektrische Wasserbäder, die modifizierten Einpackungen nach Buxbaum u. a. in Betracht.

Hauptbedingung für den Erfolg bleibt die Beherrschung der Technik und eine strenge Indikationsstellung. Dazu sind aber Vorkenntnisse nötig, die nicht nur die meisten praktischen Ärzte, sondern auch die gynäkologischen Spezialisten nicht besitzen. Es ist daher ein Gebot der Notwendigkeit, daß auch die gynäko-

Digitized by Google

logische Hydrotherapie wie jeder andere Zweig der Heilkunde Gegenstand eines sorgfältigen Unterrichts werde.

V. Sitzung.

I. Tuszkai (Marienbad): Attribute eines Frauenkurortes.

Vortr. betont in erster Reihe die Moortherapie als erstes Erfordernis in Frauenbädern und bespricht seine sehr interessanten Versuche auf dem Gebiete der Frauenkrankheiten.

Das eigentümliche Verhalten der Pat. Moorbädern gegenüber teilt Vortr. in drei Klassen ein; von diesen ist die dritte ganz neu, die Frauen mit einer Art physikalischer Anaphylaxie, vielleicht: Mooranaphylaxie.

Von einem guten Frauenheilbade wünscht der Vortr., daß alle jene Heilfaktoren, welche die Komplikationen, Begleiterscheinungen oder Konsequenzen der Frauenerkrankungen zu besiegen geeignet sind, neben dem Moore am selben Orte vorzufinden seien: also milde Abführwässer, (glaubersalzhaltige) Eisenquellen, abstufungsfähige kohlensaure Wässer, Kaltwasserheilanstalt, neben glatten Wegen auch unebenes Terrain (Herz und Verfettung), wechselvolle Gegend, größte Ruhe und auch fashionables Leben (Abwechslung, Ablenkung, Frauengemüt) und last not least: ein sehr geübter Frauenarzt, der keine Lokaltherapie treibt, aber mit breitem balneologischem und therapeutischem Wissen seine Fachkenntnisse ergänzt hat.

Wendet man diese Erfordernisse als Maßstab an, so werden sicherlich viel weniger Kurorte sich als Fauenheilbäder rühmen und ausposaunen als es bisher geschah.

II. Schlimpert (Freiburg i. Br.): Erfahrungen mit dem Blumreich-schen Phantom in dem Unterricht.

An der Freiburger Frauenklinik wird das Blumreich'sche Phantom seit Oktober 1912 in folgenden Kursen usw. verwendet.

1) Im geburtshilflich gynäkologischen Untersuchungskursus. Sowohl bei der Untersuchung der normalen als der erkrankten Genitalorgane wird stets erst der Tastbefund am Phantom und später erst an der Lebenden demonstriert und eingeübt.

2) Im geburtshilflich-gynäkologischen Seminar für Fortgeschrittenere. Es werden normale und pathologische Befunde am Phantom eingestellt, und es wird dazu eine Anamnese beigegeben. Die Status wird von den Studenten auf vorgedruckten Exemplaren beschrieben, Diagnose und Therapie ebenfalls schriftlich angegeben. Außerdem werden therapeutische Eingriffe am Phantom geübt. Einstellen und Anhaken der Portio, Sondieren, Dilatieren, Einlegen von Laminariastiften, Scheidentamponade, Einlegen von Pessaren.

3) Im Examen an ein oder zwei Phantomfällen wird der Examinant an Stelle der Untersuchung an der Lebenden auf seine Fähigkeiten im Tuchieren geprüft. In den Ferien, d. h. Repititionskursen wie unter 1.

4) Im Ausbildungskursus der Hebammenschülerinnen zur Demonstration des normalen Situs und zur Einübung der Scheidentamponade.

Unsere Erfahrungen mit dem Phantom sind sehr günstig, bei geeigneter Präparation entsprechen die Befunde völlig denen an der Lebenden. Die Möglichkeit, den Tastbefund sofort mit den Augen nachkontrollieren zu können, weckt den Eifer der Untersuchenden und fördert deren räumliches Vorstellungsvermögen. Das Patientenmaterial wird geschont. Die Untersuchung an der Lebenden ergibt

Digitized by Google

bei den am Phantom Ausgebildeten bessere Resultate als bei anderen. Man verwende nicht nur Becken, die zum Auswechseln der Organe eingerichtet sind, sondern auch stets solche, mit den gesamten Genitalorganen im Zusammenhang. Dies ist zumal für Anfänger einfacher, auch die therapeutischen Maßnahmen lassen sich hier einfacher einüben. Möglichst viel verwende man zumal bei Fortgeschritteneren die sogenannte Darmplatte als Auflage auf die Genitalorgane. Vorsicht ist bei dem Hantieren mit dem in Wiekersheim liegenden Organen geboten. Wenn diese häufig wie z. B. von Dienern mit unbehandschuhter Hand angefaßt werden, können schmerzende Rhagaden und Abzesse an den Fingern entstehen. Verbesserungsdürftig sind noch einzelne Teile des Stativs, zusammenfassend ist das Blumreich'sche Phantom als ein großer Fortschritt zu begrüßen.

III. Sellheim (Tübingen): 1) Demonstration der Selbständigkeit und Gleichzeitigkeit der Drehungen des Kindes unter der Geburt im Beckeneingange und Beckenausgange.

Es läßt sich nachweisen, daß sowohl im Beckeneingange als auch im Beckenausgange ein besonderer Drehzwang auf die nacheinander den querelliptischen Eingangsraum und den gebogenen Ausgangsraum durchsetzenden Kindsteile ausgeübt wird.

Aus der räumlichen Verteilung der Beckenzonen, welche zur Drehung zwingen, und der Kindszonen, welche zur Drehung gezwungen werden, ergibt sich, daß weder, wie man gelegentlich angenommen hat, die Drehung der vorangehenden Zone, also z. B. des Kopfes, die der nachfolgenden, also z. B. der Schultern, noch, wie man auch gelegentlich angenommen hat, umgekehrt, die Drehung des nachfolgenden Kindsteiles, also z. B. der Schultern, die des vorangehenden, also z. B. des Kopfes, zu veranlassen braucht. Vielmehr geht gerade aus der räumlichen Verteilung dieser Zonen und ihrer gegenseitigen Beziehungen hervor, daß im allgemeinen für die Drehung sowohl der vorangehenden Zone im Beckenausgange als auch der nachfolgenden im Beckeneingange eine besondere, eigene, lokale Ursache in Aktion tritt, und daß beide Ursachen in der Regel mehr oder weniger im Sinne einer gleichzeitigen und gleichgerichteten Drehung der aufeinanderfolgenden Zonen wirken.

2) Demonstration von vier Typen von Myomen, bei welchen die Operation der Röntgenbehandlung vorzuziehen ist.

a. Das sich zur Geburt anschickende submuköse Myom, wobei sich die Geburtsbestrebungen durch eine gewisse Kompressibilität des unteren Uterusabschnittes kundgaben.

b. Das zerfallende Myom. Das vorliegende Beispiel wurde als Zeichen des Verfalles während der bereits begonnenen Bestrahlung merklich größer und weicher.

c. Das irreponibel ins Becken eingekeilte Myom, welches stark auf die Nachbarorgane drückt.

d. Das sehr große und harte Myom, das, ohne beträchtlichere Blutungen zu machen, lediglich durch die Raumbeschränkung im Bauche lästig ist. Das eine Exemplar hat am gehärteten Apparat noch einen Durchmesser von ca. 50 cm.

3) Demonstration von Schnitten durch die Becken von Frauen mit Uteruskarzinom, welche in bezug auf die Strahlenbehandlung grundverschiedene Schwierigkeiten aufweisen.

4) Demonstration des Ausgusses eines normalen weiblichen Bauches.

Die räumlichen Verhältnisse des weiblichen Bauches erscheinen S. für den

Digitized by Google

Frauenarzt nach verschiedener Richtung von Interesse zu sein, besonders weil der Ausguß sie etwas anders demonstriert, als man sie sich gewöhnlich vorzustellen pflegt.

IV. M. Eisenbach (Tübingen): Demonstration von angeborenen multiplen Hautgeschwülsten. (Angiofibrosarkomen der Haut mit abnormer Pigmentierung der Haut.)

Riesiger, flächenhafter Pigmentnaevus, auf welchem sich einzelne Hautgeschwülste erheben und kleinere, über die ganze Oberfläche des Körpers zerstreute, pigmentierte Naevi. Die größten der Hautgeschwülste befinden sich auf dem Rücken und haben eine Größe bis zu Walnußgröße. Konsistenz der Tumoren weich, teilweise schwammig. Farbe der Haut in den nicht ergriffenen Bezirken normal rosig, Lebensäußerungen des Kindes normal, kräftige Muskulatur. Entwicklung des Kindes nach der Geburt (Kind ist jetzt 2 Monate alt) ohne wesentliche Störung. Späte Gewichtszunahme. Hautgeschwülste sind im Wachsen begriffen, zeigen teilweise Neigung zum oberflächlichen Zerfall. Histologische Untersuchung der Tumoren ergibt: Angiofibrosarkome mit abnormer Pigmentierung der Haut. Die Pigmentablagerung findet sich im wesentlichen im Stratum germinativum der Epidermis in Form von polygonalen Zellen, in welchen das braune Pigment eingelagert wird. Das Pigment gibt keine Eisenreaktion, ist somit eisenfrei und daher kein Hämosiderin. Man muß also ein melanotisches Pigment annehmen. Naevuszellen finden sich in den histologischen Schnitten nicht. Therapie besteht in Röntgenbestrahlung der Geschwülste.

V. Ernst Grann (Oberleutensdorf bei Brüx, Bhm.) Mitteilungen:

I. Ich wurde zu einer 40jährigen Neuntgebärenden geholt, bei welcher ich wegen absoluter Wehenschwäche eine Wendung vornehmen mußte. Die ganze Entbindung verlief vollkommen normal, am nächsten Tage befand sich die Wöchnerin ganz wohl. Am dritten Tage gegen Abend, also ca. 40 Stunden nach der Entbindung, wurde ich zu derselben Frau geholt und erfuhr, daß dieselbe den ganzen Tag über heftige Schmerzen im Unterleibe geklagt habe; als dieselben gegen Abend immer stärker geworden seien, habe man die Hebamme geholt. Bei deren Eintreffen entleerte sich aus der Scheide der Wöchnerin eine große Menge schwarzen, übelriechenden Blutes, und aus der Scheide selbst ragte ein mißfarbiges, übelriechendes Gebilde heraus. Dasselbe erwies sich bei der Untersuchung als eine zweite bereits in Fäulnis übergegangene Placenta, die noch mit den Eihäuten am Fundus uteri hing. Es war eine vollkommene Placenta mit vollkommen erhaltener Nabelschnur und keine Placenta accessoria oder succenturiata. Der Fall verlief weiter günstig.

II. Bei einer 26jährigen Erstgebärenden fand ich, als man mich zu derselben wegen einer schweren Blutung holte, folgenden Befund: Unmittelbar hinter dem Scheideneingange ein ringförmiges, für zwei Finger leicht durchgängiges Gebilde, das nach oben zu durch eine Brücke mit dem Uterus noch im Zusammenhange war. Dieses Gebilde erwies sich als der untere Abschnitt des Uterus, der beinahe in seiner ganzen Zirkumferenz vom oberen Teile abgetrennt war. Der Muttermund war absolut unverändert mit Ausnahme der Durchgängigkeit für zwei Finger, so daß es klar war, daß der Durchtritt des Kindes nicht durch den Muttermund, sondern durch den großen Riß erfolgt war. Bei näherer Untersuchung im Spital ergab sich dann folgender Befund: Es bestand ein vollkommener Cervixriß rechts, der auf das Scheidengewölbe überging, hierauf in die Tiefe drang und unter der Scheidenschleimhaut verlaufend, an der Übergangsstelle zwischen Scheidenschleimhaut und äußerer Haut wieder zutage trat. Die Wunde wurde mit ca. 20—30 Nähten vernäht, und der Fall ging in Genesung über.

Digitized by Google

VI. Edmund Herrmann (Wien): Zur Physiologie des Corpus luteum.

Auf dem Gynäkologenkongreß zu Halle berichtete Vortr., daß es ihm gelungen war, aus dem Corpus luteum ein ungesättigtes Phosphatid eigenartiger Beschaffenheit, und zwar ein Pentaminodiphosphatid zu isolieren, das sich bisher in keinem anderen Organ nachweisen ließ. — Im Ovar nach Entfernung von gelben Körpern fand es sich wohl in kleinen Mengen, anscheinend entsprechend unentfernten Resten von gelben Körpern. — Damals wurde gezeigt, daß sich nach 7tägiger Injektion von 0,01 dieser Substanz pro dosi bei jungen Kaninchen eine Hyperämie des gesamten Genitales, weiter eine Auflockerung und Schwellung der Uterusschleimhaut und eine Sekretion der Uterin- und Brustdrüsen erzeugen läßt.

Die weiteren Untersuchungen haben nun ergeben, daß man bei jungen Kaninchen durch mehrwöchige Injektion dieser Substanz eine ganz beträchtliche Vergrößerung des gesamten Genitales und der Brustdrüsen erzielen kann. — Die Dicke des Uterus nimmt um das 6—8fache zu und bezieht sich sowohl auf eine Hypertrophie der Muskulatur, als auch der Schleimhaut. — Vor Beginn der Injektionen wurde das Versuchstier stets laparotomiert und ein Horn entfernt, um ein Testobjekt in der Hand zu haben. — Wenn man nun das Testobjekt mit dem erzielten Resultat vergleicht, so fällt vor allem die starke Schlängelung des Uterushornes als Ausdruck des Längenwachstums und die Verbreiterung als Ausdruck des Dickenwachstums auf. — Histologisch findet man eine besonders starke Hypertrophie der Längsmuskulatur und weiter eine Hypertrophie der Schleimhaut, die gegenüber dem Testobjekt folgende Unterschiede aufweist. — Während das Testobjekt im ganzen einem infantilen Uterushorn mit inaktiver Schleimhaut ohne Krypten entspricht, zeigt die Uterusschleimhaut des Versuchstieres eine Hyperämie und Auflockerung des Stromas, das durchwegs von Drüsen, meistens im Stadium der Sekretion, durchsetzt ist. — Ebensolche Veränderungen zeigt die Brustdrüse: auch hier Hypertrophie und Hyperplasie der Azini mit sezernierenden Epithelien besetzt. — Die Ovarien sind gegenüber dem Kontrolltier ebenfalls bedeutend vergrößert und von einer großen Reihe reifender Follikel durchsetzt.

Zur Zeit der Brunst schwellen den Kaninchen die äußeren Geschlechtsteile und Brüste an, und aus den Genitalien geht ein glasiger Schleim ab. — Durch Injektion dieses Phosphatids konnte Vortr. nun den 4wöchentlichen Brunstzyklus in einen 2wöchentlichen verwandeln.

Bei ganz jungen, 4wöchigen Tieren zeigte sich, daß diese Versuchstiere relativ im Wachstum zurückblieben, während ihre Geschlechtsteile gegenüber dem Kontrolltier um das 2—3fache vergrößert waren.

Um nun ein Experimentum crucis zu machen, entfernte Vortr. bei jungen ungefähr 3monatigen Kaninchen beide Ovarien und exstirpierte gleichzeitig ein Horn als Testobjekt. — Nach 5wöchiger Injektion waren auch hier bei einigen Tieren dieselben Veränderungen zu konstatieren.

Von den Resultaten Iscovesco's, Aschner's und Fellner's weichen diese Versuche nur dadurch ab, daß sie nicht mit Extrakten, sondern mit einem isolierten Körper erzeugt wurden. — Um die Inkonstanz der Erscheinungen zu erklären, müssen verschiedene Momente in Betracht gezogen werden. — In erster Linie die Dosierung. — Vortr. verwendete mangels an großer Substanzquantität 0,01 bis 0,05 pro dosi. — In zweiter Linie könnte die Artfremdheit des Phosphatids eine gewisse Rolle spielen und in dritter, vielleicht wichtigster Linie wird zu prüfen sein, ob das Phosphatid nicht einen basischen Anteil enthält, der im Organismus erst abgespalten werden müsse.

Digitized by Google

Für die Gravidität muß man wohl annehmen, daß in ihr eine anhaltende Sekretion dieser Substanz erfolge, dies mit Rücksicht auf das Corpus luteum verum graviditatis. — Bei in der Gravidität ovariotomierten Frauen hat Halban auf Grund klinischer Beobachtungen die Hypothese aufgestellt, daß die Placenta in erhöhtem Maße die Funktion des Eierstocks übernehme. — Dieser Halban'schen Hypothese hat bisher die positive Grundlage gefehlt, und sie erhält sie jetzt durch den Nachweis eines dem Phosphatid des gelben Körpers homologen Körpers in der Placenta.

Diskusion. Halban (Wien): Die Resultate des Vortr. sind höchst interessant, und wenn es ihm wirklich gelungen ist, ein Hormon des Corpus luteum und der Placenta in chemisch reiner Weise darzustellen, so bedeutet das gewiß einen großen Schritt nach vorwärts. Für mich persönlich sind die Untersuchungen von um so größerem Interesse, als es durch die Methode von Herrmann gelingt, meine Theorie von der inneren Sekretion der Placenta und von der qualitativ gleichartigen Wirkung der Placentar- und Ovarialstoffe, welche ich auf Grund der klinischen und experimentellen Erfahrungen, wie ich glaube, in einwandfreier Weise vertreten habe, nunmehr auch durch biologische Versuche zu beweisen. Der Nachweis des Lipoids im Corpus luteum ist eine wichtige Stütze für die von Fränkel aufgestellte Theorie der inneren Sekretion dieses Organs. Aber ich muß bemerken, daß trotz dieser Versuche bisher die protektive Wirkung des Corpus luteum für das Zustandekommen der Brunst und Menstruation noch immer nicht in eindeutiger Weise festgelegt ist. Es liegen im Gegenteil Versuche von Skrobansky und Prenant vor, welche nahelegen, daß dem Corpus luteum eine hemmende Wirkung für das Auftreten der Menstruation zukommt. Löb konnte zeigen, daß nach Exstirpation des Corpus luteum bei Kaninchen die Brunst früher auftritt, was ebenfalls für eine Hemmung spricht. Ich selbst habe gelegentlich von Laparotomien bei ca. 35 Frauen das Corpus luteum exstirpiert und konnte bezüglich der Reaktion zwei Gruppen unterscheiden. Entfernt man nämlich das Corpus luteum unmittelbar nach der Menstruation, so ändert dies in dem weiteren Ablauf der Menstruationen nichts. Entfernt man aber das Corpus luteum in der zweiten Hälfte des Intervalls, so tritt die Menstruation 1—2 Tage nach der Exstirpation des Corpus luteum auf. Die nächste Menstruation tritt in der Regel 4 Wochen nach dieser Blutung ein, und es bleibt der neue Typus erhalten. Diese, Beobachtungen sprechen ebenfalls dafür, daß dem Corpus luteum wenigstens in seinem Jugendstadium eine ausgesprochen hemmende Wirkung für das Auftreten der nächsten Menstruation zuzusprechen ist. Die Tatsache, daß das Hormon der Keimdrüse und der Placenta ein Lipoid ist, läßt vielleicht eine vielfach zu machende Beobachtung bei Tieren in einem klaren Lichte erscheinen. Wir finden nämlich, daß viele Tiere in der der Brunstperiode vorangehenden Zeit einen großen Fettansatz aufweisen, z. B. der Hirsch, der Lachs. Die Tatsache nun, daß das wirksame Hormon ein Lipoid ist, legt es nahe, anzunehmen, daß diese Fettanreicherung von der Natur vorgesehen ist, um der gesteigerten Tätigkeit der Keimdrüsen und einem Mehrverbrauch der Lipoide Rechnung zu tragen.

VI. Novak (Wien): Nebennieren und Kalkstoffwechsel.

Der Vortr. hat nebennierenlose Ratten, die deutliche Zeichen des Nebennierenausfalles zeigten, aber genügend lange nach der Operation am Leben blieben, nach vorheriger Färbung des Knochenkalkes mit Alizarin unter Anwendung der Spalteholz'schen Methode aufgehellt und konnte keine Differenz zwischen dem

Digitized by Google

Skelett dieser Tiere und ihrer in genau gleicher Weise behandelten, normalen Geschwistertiere feststellen. Die vorliegenden Versuche sind daher in Übereinstimmung mit sonstigen experimentellen Erfahrungen nicht geeignet, die Ansicht über einen Zusammenhang der Osteomalakie mit einer Störung der Nebennierenfunktion zu stützen. (Demonstration der Präparate.)

VII. Stolper (Wien): Zur Ätiologie und Diagnose der Hyperemesis gravidarum.

S. sieht die Hyperemesis als Graviditätstoxikose an, die vorwiegend auf mangelhafter Funktion des normalen Entgiftungsmechanismus beruht, seltener auf Überproduktion von Giften. Die Intoxikation wird durch ins Blut gelangende Bestandteile der Placenta hervorgerufen. Als entgiftende Organe werden die Leber, das Corpus luteum, die interstitielle Drüse und die Placenta genannt. Es werden die Schwangerschaftsveränderungen bzw. die Veränderungen dieser Organe bei Hyperemesis besprochen. Bei den Graviditätstoxikosen dürften alle genannten Organe ihre Wirkung entfalten nach dem Prinzip der Arbeitsteilung, und zwar in dem Sinne, daß die Organe sich in ihrer Funktion unterstützen und ferner, daß sie zu verschiedenen Zeiten in Aktion treten. — Für die Hyperemesis kommen vorwiegend das Corpus luteum und die Placenta, für die Eklampsie die interstitielle Drüse und Placenta in Betracht. Die Leber bildet das Zentrum, in dem die von den übrigen entgiftenden Drüsen herrührenden Substanzen ihre Wirkung entfalten.

Die Symptome der Hyperemesis geben nur ungenügende Anhaltspunkte zur Sicherung der Diagnose gegenüber dem harmlosen Schwangerschaftserbrechen, zur Unterscheidung der harmlosen leichten Fälle von Hyperemesis gegenüber den schweren, mitunter tödlich endenden, sowie zur Feststellung von Simulation. Die bisher bekannt gewordenen objektiven Symptome haben uns im Stich gelassen S. findet als konstantes Symptom die starke Herabsetzung der Zuckerassimilation und päzisiert dieselbe gegenüber der schon in der physiologischen Schwangerschaft häufig vorkommenden Zuckerassimilationsstörung.

Die Erklärung dieses Symptoms liegt im gänzlichen Funktionsausfall des Ovars, doch wird auch der Hungerdiabetes (Hofmeister) in Betracht gezogen. Der Deutung dieser Erscheinung als Nierendiabetes stehe nichts im Wege, doch erkläre dies nur den Mechanismus, nicht die letzte Ursache der Zuckerstoffwechselstörung.

VIII. Liebesny (Wien): Stellungnahme der Ärzte zum Geburtenrückgang in Deutschland und Österreich.

Die Ärzte müssen zum Geburtenrückgang Stellung nehmen, erstens, weil sie von vielen als die bezeichnet werden, welche den Geburtenrückgang fördern, andererseits sollen sie dem Staate Ratschläge geben können, wie dem Geburtenrückgang gesteuert werden kann. In Deutschland ist der Geburtenrückgang so bedeutend, daß höchstens noch für 2 Jahrzehnte ein Geburtenüberschuß erwartet werden kann, in Österreich zeigen einige Völker noch eine steigende Geburtenziffer. Die höchste Geburtenziffer in Europa weist Rußland auf, die niedrigste Frankreich, die höchste Sterblichkeitsfrequenz wieder Rußland, die niedrigste die nordischen Völker (Schottland, Niederlande, England, Dänemark, Norwegen). Der Grund der niedrigen Sterblichkeitsfrequenz in diesen Ländern ist nach Ansicht des Vortr. in der ausgezeichneten Volkshygiene und in der Säuglingsfürsorge zu suchen. Als Ursache des Geburtenrückgangs kommt in Betracht, daß je höher die Kultur eines Volkes ist, um so geringer ist die Fruchtbarkeit und umgekehrt. — Weniger Bedeutung legt Vortr. den Aborten und antikonzeptionellen Mitteln

Digitized by Google

bei. — Gefördert kann die Geburtenzahl werden, wenn man die Eheschließungen Jugendlicher fördert. — Ein Geburtenüberschuß kann nur erhalten werden, wenn man Maßnahmen zur Herabsetzung der Sterblichkeit trifft, und zwar durch 1) Schwangeren- und Wöchnerinnenfürsorge und Mutterschutz; 2) Säuglingsfürsorge; 3) Kinderschutz.

I.

Aus der Gynäkologischen Klinik in Helsingfors. Vorstand: Prof. Dr. G. Heinricius.

Uterusmyom und Ovarialblutungen.

Von

K. H. Öhman.

In einem in diesem Jahre in der »Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie« erschienenen Aufsatze, der auch in der Zeitschrift »Duodecim« enthalten ist, habe ich sechs Fälle von Blutungen und Hämatom in den Ovarien mitgeteilt. Von diesen sechs Fällen bestand einer aus einem Uterusmyom mit gleichzeitigen reichlichen Blutungen in einem Eierstocke. Dieser Fall veranlaßte mich auf etwaige, bei Uterusmyom vorhandene, Blutungen in den Ovarien zu fahnden, und ich habe seitdem solche bei weiteren acht Fällen von Myoma uteri beobachtet. Wie ich schon in dem erwähnten Aufsatze hervorgehoben habe, sind ähnliche Beobachtungen von Hegar gemacht worden, der bei Uterusmyom häufig die Eierstöcke auf die obige Weise krankhaft verändert gefunden hat. Dasselbe haben auch Olshausen, Bulius und Bollenhagen häufig festgestellt. In den Verhandlungen der Edinburger obstetrical society 1912[1] finden wir einen von J. H. Ferguson mitgeteilten Fall von Uterusmyom nebst intraperitonealer Blutung aus einem Ovarium. Der Fall ist in Kürze folgender: 37jährige IIpara mit einem cystisch degenerierten, kindskopfgroßen Myom. Amputatio supravaginalis uteri mit Zurücklassung beider Ovarien. $7^1/_2$ Stunden nach der Operation wurde die Frau äußerst blaß und der Puls sehr klein und schwach. $11^1/_2$ Stunden nach der Operation Reoperation. Die Bauchhöhle von flüssigem Blute erfüllt. Es wurde eine Ovariotomie vorgenommen; die Frau genas. Die Blutung hatte ihren Ursprung in einem geborstenen Corpus luteum, und Ferguson nimmt an, daß sie infolge der veränderten Blutdruckverhältnisse nach der Uterusamputation entstand. Die klinische Bedeutung derartiger Follikelrupturen in den Eierstöcken hat Franz Cohn[2] in einem speziellen Aufsatze behandelt und ist der Ansicht, daß, abgesehen von lebensgefährlichen Blutungen, die Rupturstelle außerdem einen Weg für das Eindringen der Infektion in den Eierstock und eine Stelle bilden kann, wo sich leicht maligne Tumoren festsetzen könnten.

Nachdem ich meinen erwähnten Artikel geschrieben hatte, haben Georges Gross und L. Heully einen Aufsatz veröffentlicht »Des hemorragies intra-peritoneales«[3]. In dieser Arbeit berühren die Verff. auch die in den Ovarien vorkommenden, intraperitonealen Blutungen, und unter den von ihnen mitgeteilten Fällen finden sich einige, die ich in meiner Arbeit nicht erwähnt habe. Sie sind jedoch den von mir behandelten ähnlich, und die Beobachtungen und Schlüsse

[1] Zentralblatt für Gynäkologie 1913. Nr. 19. p. 698.
[2] Archiv für Gynäkologie Bd. XCIX. p. 505.
[3] Archives mensuelles d'obstétrique et de gynécologie 1913. Mai. p. 462.

Digitized by Google

der Verff. stimmen mit den meinigen überein. Fälle von ovarialer Blutung bei Uterusmyom berühren sie nicht, und ich kann mich daher hier, wo gerade die letzteren Anlaß zu eingehenderer Prüfung geben werden, mit dieser kurzen Erwähnung begnügen.

In welchem Verhältnis die Uterusblutungen zu den Ovarien stehen, ist eine Frage, die noch keineswegs ihre Lösung erhalten hat. Man schwebt noch immer in Ungewißheit darüber, was das Primäre ist, die krankhaften Veränderungen des Eierstocks oder die Blutung ex utero. Die Anschauungen der verschiedenen Verfasser sind sehr voneinander abweichend. Theilhaber[4] z. B. nimmt an, die Ovarien bildeten anfangs »Hormone«, die dann den Uterus beeinflußten, so daß seine Muskulatur erschlaffe, und daß dann die Uterusblutung nahezu einer solchen gleichzustellen sei, die nach einem Abort oder einer Geburt auftrete. Anderer Ansicht dagegen sind Heynemann und Veit[5], welche bei Blutungen ex utero auch die Ovarien krankhaft verändert gefunden hatten. Desgleichen hat Kaij[6] in sieben von ihm untersuchten Fällen gefunden, daß bei Blutungen aus dem Uterus, wo dieser gesund war, die Ursache der Blutungen in kranken Ovarien (Cystenbildung, Veränderungen in der Albuginea und den Blutgefäßen) gelegen hatte. Freund[7] fand in bezug auf eine 19jährige Virgo, die von rezidivierenden Uterusblutungen belästigt worden war, die einzige Erklärung in einem linkseitigen Ovarialtumor. Andere leugnen jeden Zusammenhang zwischen den Uterusblutungen und den Ovarien, so Pankow[8], Schickele und Keller[9], welche einerseits die Ovarien bei Uterusblutungen völlig gesund fanden und andererseits kranke Ovarien ohne uterine Blutungen sahen.

Im folgenden gebe ich in Kürze meine acht Fälle. Der früher veröffentlichte Fall findet sich nicht unter ihnen.

Fall I. 49jährige Häuslersfrau. Menses regelmäßig. Keine stärkeren Blutungen, doch haben die Menses in letzter Zeit 6 Tage gedauert und sind reichlicher gewesen als früher. Harnbeschwerden. Keine Kinder. Im Fundus uteri ein etwa kindskopfgroßes Myom. Chrobak'sche Operation. Der rechte Eierstock wird entfernt; der linke zurückgelassen. Der entfernte Eierstock von gewöhnlicher Größe und Konsistenz; an seiner Oberfläche vereinzelte kleinere Blutungen. Mikroskopisch ließen sich Blutungen im Ovarialstruma, meist in der Umgebung der Follikel, nachweisen. Sonst war das Ovarium von gewöhnlicher Beschaffenheit.

Fall II. 50jährige Taglöhnerin. Menses regelmäßig. Dauer 3—4 Tage. Letzte Menses eine Woche vor der Operation. Ein Kind vor 25 Jahren. 4 Monate lang schwere Harnbeschwerden. Keine Blutungen. Myoma cervicis uteri. Exstirpatio uteri totalis. In der Cervix ein etwa kindskopfgroßes Myom. Korpus von gewöhnlicher Größe, auf dem erwähnten Myom gelegen. Beide Ovarien von gewöhnlicher Größe, bei makroskopischer Untersuchung gesund, wurden entfernt. Im Mikroskop waren unbedeutende Blutungen in der Umgebung der Follikel und einige Corpora lutea nachzuweisen. Sonst fand sich in den Ovarien nichts Pathologisches.

---

[4] Archiv für Gynäkologie Bd. XCIV. p. 742.
[5] Zentralblatt für Gynäkologie Bd. XXXIV. Nr. 10. p. 350.
[6] Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1910. Hft. 4. p. 427.
[7] Berliner klin. Wochenschrift 1911. Nr. 5. p. 236.
[8] Monatschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XXXIII. p. 339. — Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. LXV. p. 336.
[9] Archiv für Gynäkologie Bd. XCV. p. 609.

Digitized by Google

Fall III. 45jährige Witwe eines Schmiedes. 4 Kinder. Menses früher regelmäßig; Intervalle 21 Tage, Dauer 6—8 Tage. 7 Monate lang vor der Operation fast ununterbrochen Blutungen ex utero. Exstirpatio uteri totalis. Das linke Ovarium vergrößert, weich, reichliche Blutungen an der Oberfläche, wird entfernt; das rechte wird zurückgelassen. Mikroskopisch wurden reichliche Blutungen im Ovarium nachgewiesen. Besonders reichlich war die Blutung in einem alten Corpus luteum und in der Umgebung der Follikel.

Fall IV. 46jährige Lotsenfrau. Menses früher regelmäßig, aber immer reichlich; Intervalle 28 Tage, Dauer 3—4 Tage. Ist früher in einem Krankenhause wegen chronischer Endometritis mit Curettage behandelt worden. Vor der Operation 2 Wochen lang mäßige Blutungen. Chrobak'sche Operation. Uterus von Faustgröße, fest; in der Uterushöhle ein submuköses Myom von der Größe einer größeren Pflaume. Das rechte Ovarium wurde entfernt. Der Eierstock dem Äußeren nach gesund und von gewöhnlicher Größe. In den mikroskopischen Präparaten wurden in der Umgebung der Follikel spärliche Blutungen beobachtet. Der Eierstock sonst von gewöhnlicher Beschaffenheit.

Fall V. 50jährige Gefängniswärtersfrau. Menses früher regelmäßig; Intervalle 4 Wochen, Dauer 2—3 Tage; 4 Kinder, ein Abort vor 28 Jahren. In letzter Zeit sehr reichliche Blutungen ex utero, derentwegen Pat. mehrmals curettiert worden ist; gegenwärtig eine Blutung, die ununterbrochen ein Jahr lang angehalten hat. Amputatio uteri supravaginalis (Chrobak). Entfernung beider Ovarien. Die Uteruswand sehr dick, enthält mehrere, etwa bohnengroße, intramurale Myome; der ganze Uterus etwa von Faustgröße. Die Ovarien vergrößert, weich, auf der Oberfläche Blutungen. Mikroskopisch werden reichliche Blutungen im Ovarialstroma konstatiert, am meisten in der Umgebung der Follikel.

Fall VI. 43jährige Matrosenfrau. Menses früher regelmäßig; Intervalle 5 Wochen, Dauer 5 Tage. Keine Kinder. In den letzten 10 Jahren reichliche Blutungen aus dem Uterus. Mehrfach Entfernung von Cervixpolypen. Gegenwärtig sehr reichliche uterine Blutungen, die ununterbrochen 3 Monate angehalten haben. Amputatio supravaginalis uteri (Chrobak), nebst Entfernung des linken Eierstockes. Der Eierstock fast von gewöhnlicher Größe, auf der Oberfläche vereinzelte Blutungen. Im Mikroskop wurden reichliche Blutungen überall am Eierstock beobachtet, am meisten in der Umgebung der Follikel. Im übrigen ist der Eierstock von gewöhnlicher Beschaffenheit, nur scheinen die Wände der Arterien etwas hyalin degeneriert. Außerdem sind die Arterien ungewöhnlich dick und fest.

Fall VII. 43jährige Krankenpflegerin. Menses früher regelmäßig, nicht besonders reichlich; Dauer 3 Tage; keine Molimina menstrualia; desgleichen keine Kinder. In letzter Zeit reichlichere Menses, und auch in den Zwischenzeiten mäßige Blutungen. Amputatio supravaginalis (Chrobak). Im Fundus uteri ein etwa apfelgroßes Myom. Der eine Eierstock wird entfernt. Die Ovarien dem Aussehen nach ziemlich normal. Mikroskopisch wurden spärliche, diffuse Blutungen im ganzen Ovarium nachgewiesen.

Fall VIII. 47jährige Arbeitersfrau. Menses früher regelmäßig, Dauer 6—8 Tage. 3 Kinder. Seit längerer Zeit sehr reichliche Blutungen. Gegenwärtig eine sehr reichliche Blutung, die 5 Monate lang angehalten hat. Blaß und anämisch. Amputatio uteri totalis. Im Fundus uteri ein etwa kindskopfgroßes, intramurales Myom. Das rechte Ovarium vergrößert, blutdurchtränkt, von der Größe eines kleineren Hühnereies; Entfernung desselben. Das linke gleichfalls etwas vergrößert und von ebensolcher Beschaffenheit wie das rechte. Mikro-

Digitized by Google

skopisch wurden reichliche Blutungen diffus im ganzen Ovarium nachgewiesen, am reichlichsten jedoch in der Umgebung der Follikel.

In den Fällen I, IV und VIII waren keine erheblicheren Blutungen vorgekommen. Allerdings waren die Menses in Fall I reichlicher als früher und in Fall IV hatten die Blutungen vor der Operation 2 Wochen gedauert, während in Fall VII auch in den Intervallen Blutungen aufgetreten waren, die jedoch nur mäßig gewesen waren. Wenngleich die Blutungen aus dem Uterus in allen diesen drei Fällen nur unbedeutend gewesen waren, habe ich gleichwohl in den Ovarien spärliche Blutungen nachweisen können. In Fall II fanden sich keine Blutungen ex utero. Hier waren auch die Ovarien fast von gewöhnlicher Beschaffenheit, nur daß sich in der Umgebung der Follikel und einiger Corpora lutea mikroskopisch unbedeutende Blutungen nachweisen ließen. In den Fällen III, V, VI und VIII hatten sehr reichliche und langwierige Blutungen aus dem Uterus bestanden. In diesen Fällen waren auch die Veränderungen in den Ovarien auffallend. Schon makroskopisch hatten sich Blutungen feststellen lassen, und bei der mikroskopischen Untersuchung erwiesen sich die Blutungen als äußerst reichlich und über den ganzen Eierstock verbreitet. In keinem dieser acht Fälle haben sich entzündliche Veränderungen in den Ovarien oder Tuben nachweisen lassen. Ebensowenig sind von der Norm abweichende Gefäßveränderungen vorhanden gewesen.

Was die Annahme betrifft, daß das Uterusmyom mit Blutungen aus dem Uterus und die Blutungen aus den Ovarien miteinander in Verbindung ständen, so möchte ich auf den Umstand hinweisen, daß bei Myombildung im Uterus gewöhnlich eine starke Blutkongestion in den inneren Geschlechtsteilen herrscht, und meines Erachtens verursacht diese Kongestion, die natürlich auch die Eierstöcke berührt, die Blutung in diesen, ohne daß der Eierstock sonst irgendwie krankhaft verändert wäre. Die Blutung aus dem Uterus ist meiner Meinung nach zunächst als Äußerung der erwähnten Blutkongestion in den Geschlechtsteilen aufzufassen. Je stärker die Kongestion, um so reichlicher die Blutung ex utero und die begleitenden Blutungen in den Eierstöcken. Das Material, das mir zur Verfügung stand, ist gering, doch ergibt sich aus demselben deutlich, daß die Menge der Uterusblutung und der Blutungen in den Ovarien in einem gewissen Verhältnis zueinander stehen, denn je reichlicher die uterine Blutung gewesen war, um so reichlicher zeigten sich auch die Hämorrhagien in den Ovarien.

Auf Grund so weniger Fälle bestimmte Schlüsse zu ziehen, halte ich für zu gewagt; gleichwohl ist der Sachverhalt, der sich aus meinen Untersuchungen ergibt, beachtenswert und verdient auf der Grundlage eines reicheren Materials studiert zu werden. Außerdem wäre es von größter Bedeutung, bei Aufnahme der Anamnese das größtmögliche Gewicht auf Dauer und Menge der Blutungen zu legen und außerdem bei jeder Laparotomie wegen Uterusblutungen oder Uterusmyom die Aufmerksamkeit auf die Ovarien und ihre Beschaffenheit zu richten. Die Frage ist ja auch von rein praktischer Bedeutung, wie sich aus dem Ferguson'schen Falle deutlich ergibt. Meine Beobachtungen hingegen sollen nur einen anspruchslosen Beitrag zur Beleuchtung des Zusammenhanges zwischen den Blutungen aus dem Uterus und solchen aus den Ovarien liefern.

Digitized by Google

II.

Lösung parametritischer Verwachsungen durch Röntgenstrahlen.

Von

Dr. Manfred Fraenkel, Charlottenburg.

Wer wie ich seit über 6 Jahren Röntgenbestrahlungen an mehr als 500 Pat. vorgenommen hat, die wegen Myomen und starken Periodenblutungen, vergrößertem Uterus, Dysmenorrhöen auf Grund von Eierstocksanomalien und Ausfluß auf derselben Grundlage u. a. in Behandlung kamen, dem wird als Nebenbefund gewiß ebenso wie mir aufgefallen sein, daß bei stark nach hinten verlagerter Gebärmutter mit parametritischen Verwachsungen und Strängen die einige Monate darauf erfolgende Nachuntersuchung auffallend bessere Beweglichkeit des Uterus ergab. Gerade diese — seien es breitbasige, seien es in Form von schmalen Strängen im hinteren Duglas verlaufende Verwachsungen der Gebärmutter mit dem Darm, die eine Verlagerung und Zug des Uterus nach hinten und seitlich veranlaßten — bedeuten für die Frauen die Quelle reichhaltigster Beschwerden, die entweder dauernd bestehen oder sich nur bei der Periode bemerkbar machen, eventuell sich bei dieser so erheblich steigern, daß sie die heftigsten Beschwerden auslösen und oft die Ursache hartnäckigster Verstopfung sein können. Diese Verwachsungen stellen auf der anderen Seite das Kreuz der Behandlung dar, denn abgesehen von operativer Loslösung dieser Stränge kennen wir nur monatelange innere Massage, die äußerst beschwerlich ist und auch eine Reihe von anderen Nachteilen besitzt und die ebenso langwierige und oft nicht zum Ziel führende Tamponbehandlung. Als ich zum Zweck einer anderen Arbeit für das Vogel'sche Handbuch der Frauenheilkunde eine größere Anzahl früher behandelter Pat. einer Nachuntersuchung unterzog, fiel es mir auf, daß neben der beobachteten Verkleinerung von Uterus und Myomen in etwa 75% aller Fälle, die in der damaligen Krankengeschichte als Verwachsungen, Verlagerungen und zum Teil als starre oder nur wenig bewegliche vermerkten Fixationen gebessert oder ganz geschwunden waren. Bei der Untersuchung war der Uterus beweglicher, die als bleistiftdick vermerkten parametranen Stränge waren geschwunden oder hatten ihre Starrheit verloren und sprangen nicht mehr so stark im Douglas hervor. Bei der bimanuellen Untersuchung war der Uterus von hinten abhebbar und bei der Bewegung nicht schmerzempfindlich. Parallel damit gaben die Pat. eine Verbesserung des Stuhlganges an. Es ist gewiß anzunehmen, daß bei einem großen Teil solcher Fälle die Lösung dieser Verwachsung rein mechanisch dadurch erfolgte, daß durch die Röntgenbestrahlung auf dem Umwege über die Eierstöcke usw. die Gebärmutter oder das Myom sich verkleinerte, ein dauernd stetiger Zug auf die Verwachsungen ausgeübt wurde, und es so zu langsamen Ablösungen und Abreißungen kam. In einer anderen Reihe von Fällen ließ der Befund jedoch nicht dieses mechanische Moment annehmen; hier mußte die Loslösung durch direkte Einwirkung erfolgt sein und zwar durch die Röntgenstrahlen selbsts dieselben Strahlen, als deren Endresultat Bindegewebsentwicklung in den Eierstöcken sich findet, sollen hier ein nach abgeklungener Entzündung entstandenes Bindegewebe zur Auflösung bringen!

Diese im Moment befremdliche Erscheinung wird klar, wenn man bedenkt, daß ja die Röntgenstrahlen nur den Anreiz zur Bindegewebsentwicklung geben, indem sie bestimmte Zellgruppen in der Entwicklung hemmen, zerstören und

Digitized by Google

einen entzündlichen Reiz ausüben, auf denen die Gewebe nach Abklingen desselben mit Bindegewebsgranulationen antworten. Die Größe und Ausdehnung dieser Bindegewebswucherungen, die an Stelle des geschädigten und vernichteten Zellgewebes tritt, hängt von der Stärke des Röntgenreizes ab. Also: diese im ersten Augenblick paradoxe Erscheinung und Beeinflussung bestätigt sich als tatsächlich durch Rückschluß bei anderen Fällen, bei denen eine mechanische Zerreißung in dem Maße nicht stattfinden konnte. Hierher gehören einmal die Fälle bei denen von vornherein der Befund eine sehr kleine, hinten fixierte Gebärmutter ergab, bei denen aus anderen Gründen z. B. wegen Endometritis, starkem Ausfluß, Dysmenorrhöe bestrahlt wurde, und bei denen diese parametrischen Verwachsungen als Nebenbefund und bedeutungslos konstatiert wurden. Hier zeigte die Nachuntersuchung eine auffallende Beweglichkeit des Uterus durch Schwund der früheren Fixationen. Noch mehr bestätigt wurde die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf bindegewebliche Verwachsungen in einer Reihe von Bauchfelltuberkulosen. So bestanden in einem Falle die ausgedehntesten Verwachsungen von Darmschlingen, deren Lösung bei der Operation als unmöglich erkannt wurden. Die Pat. wurde mir zur Ausheilung einer großen Abszeßhöhle im rechten Beckenbindegewebe und einer monatelang bestehenden Fistel an der Beckenschaufel überwiesen. 1 Jahr nach abgeschlossener Behandlung war aus anderen Gründen eine zweite Operation und zwar wegen Blinddarmentzündung notwendig geworden. Im Gegensatz zu den erwarteten Schwierigkeiten im Hinblick auf die damals gefundenen, ausgedehnten Verwachsungen war der Blinddarm sehr leicht zu lösen, weil von den damaligen starken Adhäsionen jetzt nichts mehr zu finden war. Ein ähnlicher Befund war bei einem wegen Bauchfelltuberkulose zur Behandlung überwiesenen Mann zu erheben, der zwecks Eröffnung einer großen Abszedierung einer zweiten Operation unterzogen wurde und bei dem im Gegensatz zur ersten Operation der Schwund zahlreicher Bindegewebsverwachsungen auffiel. Am deutlichsten war der Erfolg des Bindegewebsschwundes und der Lösung von Verwachsungen bei einem Falle von operativ behandelten Ovarialcysten, bei denen eine Cyste durch schlecht vertragene Narkose nur entleert werden konnte, die Operation vorzeitig abgebrochen wurde und der Cystensack in die Bauchwunde vernäht war. Nach Verheilung hatte sich eine neuere kleinere Cyste gebildet, die zu den heftigsten Beschwerden Anlaß gab; da eine zweite Operation nicht gewagt werden konnte, wurde der Röntgenversuch gemacht, eine bedeutendere Verkleinerung der Cyste war zwar nicht zu erzielen, wohl aber konnte man nach 3 Monaten eine Beweglichkeit der Cyste beobachten, der dauernde Druck auf die Blase schwand, der vorher sehr quälende Harndrang hörte auf, und das Wohlbefinden der Pat. hob sich. Hier war also durch Röntgenbestrahlung eine Loslösung der starren Verwachsung erfolgt, eine Beweglichkeit und Seitwärtsverschiebung der Cyste nach rechts ermöglicht, so daß sie aus dem Bereich der Harnblase zu liegen kam. Desgleichen waren drei Fälle zur Nachuntersuchung gekommen, bei denen nach operativer Entfernung des Uterus und der Adnexe einer Seite so heftige dysmenorrhoische Beschwerden von seiten des einen Ovarium ausgelöst wurde, daß Bestrahlung notwendig war. Hier ergab die erste Untersuchung von anderer Seite ausgedehnte Verwachsungen im kleinen Becken, allseitige Stränge und breite Bindegewebszüge, die per vaginam und per rektum deutlich zu fühlen waren. In dem einen Falle besonders führten die um das Rektum herumziehenden Stränge zu starken Obstipationsbeschwerden und heftigen Unterleibsschmerzen. Die Kontrolluntersuchung zeigte einen sehr erfreulichen Befund dahingehend, daß diese ausgedehnten Verwachsungen sich gelöst hatten, besonders

Digitized by Google

in dem einen Fall mit den lästigen Darmbeschwerden waren strangartige Bindegewebszüge vom Rektum aus überhaupt nicht mehr fühlbar.

Auch Frank Schulz führte in seinem Buche die »Röntgentherapie in der Dermatologie« die Behandlung von Narbenkeloiden auf, die durch keine andere Therapie zu beeinflussen sind, die dagegen auf große Bestrahlungsdosen regelmäßig reagierten. Es handelt sich hier besonders um sehr störende Impfnarben- und Nackenkeloide, die nach einer Volldose sich erweichten, bei denen es zu langsamem Schwund dieser häßlichen Narbenverdickungen kam, bis eine völlige Abflachung oft sogar mit leichter Atrophie der Haut eintrat. Sonst habe ich in der Literatur keine Beobachtungen finden können, in denen über diese neue Anwendungsweise der Röntgenstrahlen berichtet wird. Gelegentlich eines Vortrages über die Beeinflussung der Lungentuberkulose durch Röntgenstrahlen konnte ich auf fünf Fälle von Lungenaffektionen hinweisen — drei Pleuritiden und zwei Pneumonien —, bei denen ich die Röntgenbestrahlung gleichfalls zur Lösung ausgedehnter Schwarten erfolgreich anwandte. Es wäre interesssant, wenn von anderer Seite diesbezügliche Kontrolluntersuchungen unternommen würden, um zu hören, ob sich meine Ausführungen mit den Erfahrungen anderer decken. Gegebenenfalls würde damit die Röntgenbeeinflussung der Fibrolysinwirkung würdig zur Seite treten. Ja, in besonderen Fällen wo diese Einspritzung nicht wirksam ist, bei tiefgelegenen Verwachsungen, an ihre Stelle treten und sie übertreffen.

Berichte aus gynäkologischen Gesellschaften.

1) New York academy of medicine. Section on obstetrics and gynaecology. 27. 2. 13. (Med. record Bd. LXXXIV. Nr. 4. p. 178.)

S. D. Jacobson: 1) Akute Appendicitis, 4 Tage p. partum unter Spinalanästhesie operiert. Heilung.

2) Großes papilläres Adenokarzinom des Ovariums als Geburtskomplikation. Operation im Puerperium. Heilung.

Infolge hochgradiger Ausdehnung des Abdomens war die Diagnose auf Hydramnion gestellt. Punktion der Fruchtblase, Metreuryse. Geburt einer kleinen Frucht. Da Abdomen noch immer sehr gedehnt, Punktion der Peritonealhöhle. Laparotomie: Entfernung des linkseitigen karzinomatösen Ovarialtumors. Heilung. Später erneute Gravidität.

3) Uterus septus puerperalis, Septikämie mit letalem Ausgang verursachend.

34jährige Ipara, die kurz nach der Entbindung mit Forceps septisch erkrankt. Am 3. Tage p. partum innerliche Untersuchung:

Uterus septus, eine Höhle leer, in der anderen morsche, weiche Massen (falsche Decidua). Da Hysterektomie vom Maritus abgelehnt, Curettement des Uterus, Alkoholspülung. Später, da keine Besserung, Panhysterektomie als ultima ratio.

Exitus tags darauf an Lungenembolie.

Arthur Stein: 1) Einseitige Doppelniere.

Im rechten Epigastrium beweglicher, über faustgroßer Tumor, linke Niere nicht palpabel. Myomata uteri. Laparotomie, Myomektomie. Der epigastrische Tumor wird als Niere erkannt, links fehlt die Niere.

Durch Collargolinjektion und Röntgenaufnahme wird festgestellt, daß zwei getrennte Nierenbecken bestehen.

2) Nierenexstirpation wegen multipler Fisteln.

Nach abdominaler Totalexstirpation wegen verwachsener Pyosalpingen und

Digitized by Google

Drainage nach der Vagina und oben abdominelle Fistel des linken Ureters, die sich spontan schließt, dann aber nach der Vagina durchbricht. Deshalb nach 8 Wochen Relaparotomie, Resektion des Ureters und Implantation in die Blase. Rezidiv der Fistel nach Vagina und Abdomen. Nierenexstirpation. Heilung.

L. K. P. Farrar: Hernie des Uterus und beider Adnexe.

Eine schon in früheren Schwangerschaften aufgetretene linkseitige Inguinalhernie rezidiviert nach dem fünften Partus und wird wegen Irreponibilität operiert. Uterus und Adnexe im Bruchsack. Bassini. Heilung, die durch einen späteren Partus nicht gestört wird. Schottelius (Hamburg).

---

2) The american gynaecological society. 38. Jahresvers. Washington 6.—8. Mai 1913. (Med. record Bd. LXXXIV. Nr. 5. p. 220.)

G. Tucker Harrison (Charlottesville): Behandlung der Inertia uteri.

Die für gewisse Fälle primärer Wehenschwäche vorgeschlagene Sectio caesarea wird abgelehnt. Eine Kombination von Morphin, Atropin, Strychnin tat oft gute Dienste. Nach Eröffnung des Muttermundes Pituitrin.

J. Clifton Edgar (Neuyork): Gute Erfolge mit 0,2—0,4 Pituitrin intramuskulär in der Austreibungsperiode, schlechte bei zu großem Widerstande der weichen oder knöchernen Geburtswege (Tetanus uteri) und in der Eröffnungsperiode (Tod des Kindes infolge Kompression). Bei Pituitrinmedikation soll man stets in der Lage sein, durch Narkose eine übermäßige Pituitrinwirkung abzuschwächen.

E. B. Cregin (Neuyork): Unter welchen Bedingungen soll bei Inertia uteri die Geburt künstlich beschleunigt werden?

Wenn 24 Stunden nach dem Blasensprung noch keine Wehen eingetreten sind, soll Metreuryse ausgeführt werden. C. hat auch schon wegen schlechter kindlicher Herztöne die Sectio caesarea in der Eröffnungsperiode ausgeführt.

In der Diskussion warnen Polack (Brooklyn), Studdiford (Neuyork), Green (Boston) und Webster (Chicago) vor Pituitrin, solange der Muttermund nicht ganz eröffnet ist. Letzterer hält den vaginalen Kaiserschnitt bei nicht engem Becken für richtiger als den abdominellen.

Fry (Washington): Demonstration und Empfehlung des Draeger'schen Pulmotors zur Behandlung asphyktischer Neugeborener.

J. Taussig (St. Louis): Ätiologische Faktoren der Striaebildung in der Schwangerschaft.

Prädisponierend: Jugend, Obesitas und Mangel einer Stützbandage des Abdomens.

Prophylaxe gegen Striae: Hautmassage.

King (Washington): Neue Hypothese über Ursache und Verhütung des Uteruskarzinoms.

Den Spermatozoen werden besondere Reizwirkungen auf irritiertes und seniles Gewebe zugesprochen, der geschlechtliche Verkehr sei im Klimakterium deshalb bedenklich. Die Frage der Portioamputation als Präventivmaßregel wird beleuchtet, ebenso Eheverbot nach der Menopause.

Hoffman: Die Drohung des Karzinoms.

Statistische Angaben über die unaufhörliche prozentuale Zunahme der Karzinomtodesfälle in allen statistisch bearbeiteten Ländern, Hinweis auf frühzeitige Diagnose und Operation, Aufforderung zu energischer Bearbeitung des Krebsproblems.

H. C. Coe (Neuyork): Pathologie, die Basis der Gynäkologie.

Digitized by Google

J. Brettauer (Neuyork): Weiterer Bericht über Dysmenorrhöe, gelindert durch nasale Behandlung.

50% Heilungen, die, manchmal nur temporär, eine weitere Nasenbehandlung erforderten. In anderen Fällen prompter Erfolg nach 3—4 kaustischen Applikationen im Menstruationsintervall.

Diskussion: E. Mayer, Dudley, Byford, Myles, Wylie.

O. Polak (Brooklyn): Gynäkologische und obstetrische Operationen bei akuter und chronischer Endokarditis. Nichts Neues.

J. A. Sampson (Albany): Der Einfluß der Extrauteringravidität auf die Blutversorgung des Uterus mit besonderer Beziehung zu den Uterusblutungen.

Dilatation der venösen Räume der Substant. compacta des Endometriums; durchbricht die venöse Hyperämie die Compacta, dann erfolgt Blutung in das Uteruskavum, gibt die Spongiosa nach, dann wird eine Decidua ausgestoßen. Die Veränderungen des Endometriums bei ektopischer Gravidität entsprechen ganz denen bei intrauteriner.

Diskussion: A. Harris, Vineberg, Sampson.

Gray-Ward (Neuyork): Operation der Rektokele und Wiederherstellung der Funktion des Beckenbodens. Entsprechend der Cystokelenoperation Raffung und Fixierung des prolabierten Rektums.

G. W. Crile (Cleveland): Beziehungen zwischen Blutdruck und der Prognose abdomineller Operationen.

Bei zu hohem oder zu niedrigem Blutdruck tritt leichter eine postoperative Komplikation, wie Thrombose, Embolie, Bronchitis, Pneumonie ein, als bei normalem. Bei gesundem Herz läßt sich der Blutdruck durch Transfusion, mechanische Maßnahmen und Kochsalzinfusionen steigern. Der zu hohe Blutdruck ist infolge seiner verschiedenen Ursachen viel schwerer zu beeinflussen. Aderlaß ist nicht unbedenklich; außer ihm stehen nur Nitroglyzerin und hygienische Maßnahmen zur Verfügung.

J. C. Bloodgood (Baltimore): Untersuchungen über den Blutdruck vor, während und nach Operationen unter allgemeiner und lokaler Anästhesie.

Die Gefahren großer abdomineller Eingriffe (Herzdilatation, Magendilatation und Nierenkomplikationen) werden durch die Crile'sche Technik herabgesetzt.

H. Freund (Detroit): Der diagnostische Wert des Elektrokardiogramms vor gynäkologischen und geburtshilflichen Operationen.

Demonstration elektrokardiographischer Kurven, deren Bedeutung bei der Frage der künstlichen Schwangerschaftsunterbrechung betont wird.

C. Webster (Chicago): Gynäkologische Operationen, Schwangerschaft und Geburt bei akuten und chronischen Herzaffektionen.

Bei frischen Endo- oder Myokarderkrankungen sollen gynäkologische Operationen nur in allerdringlichsten Fällen ausgeführt werden. Allgemeinanästhesie erhöht durch die Narkosefolgen (Brechen, bronchiale Affektionen) sehr die Gefahren. Ausgedehnte Anwendung lokaler Anästhesie oder Stickoxydul-Sauerstoff ist daher ratsam.

Bei Gravidität mit Herzerkrankungen vertritt W. einen radikal operativen Standpunkt. Während der Geburt Herzkranker soll die Wehenarbeit möglichst erleichtert und abgekürzt werden. Sectio caesarea vag. oder abdominalis garantieren der Pat. die bestmögliche Prognose.

H. Byford (Chicago): Die Bedeutung der Anämie als operatives Risiko.

B. unterscheidet kompensierte und nicht kompensierte Anämien; letztere involvieren operative Gefahren.

Digitized by Google

P. Findley (Omaha): Behandlung der puerperalen Thrombophlebitis.

Auf Grund von zehn eigenen Fällen und der in der Literatur veröffentlichten Erfahrungen nimmt F. gegenüber operativen Eingriffen, wie Venenunterbindung, Venenexzision, Trendelenburg'scher Operation einen im allgemeinen skeptisch ablehnenden Standpunkt ein, ebenso in der Frage der Vaccine- und Serumtherapie.

W. H. Morley (Detroit): Der Kalziumgehalt des Blutes in Schwangerschaft, Geburt und Puerperium.

Mitteilung einer einfachen Kalziumbestimmungsmethode, Bedeutung des Kalziums für die Blutgerinnung.

F. J. Taussig (St. Louis): Welches sind die besten Methoden, die Frauen Amerikas über den Krebs aufzuklären?

Empfehlung von belehrenden Aufsätzen in Krankenpflegezeitschriften, sowie von aufklärenden Flugblättern, die durch Ärzte, Schwestern und soziale Hilfsarbeiter verbreitet werden. Frauenklubs eignen sich ebenfalls zur Weiterverbreitung aufklärender Schriften.

Die persönliche, mündliche Belehrung ist dem gedruckten Wort in vielfacher Hinsicht überlegen und sollte möglichst durch Vorträge vor Hebammen, Schwestern Lehrern, Apothekern usw. berücksicht werden.

Bericht des Komitees über Wege und Mittel zur Heranziehung von Ärzten und Aufklärung der Allgemeinheit über die Notwendigkeit einer frühen Diagnose und Operation des Krebses.

Es wird die Bildung einer organisierten Körperschaft mit festbesoldeten Beamten und Sekretären empfohlen, die einem Zentralkomitee von Chirurgen unterstellt sind. In diesem Sinne sind in Neuyork für das erste Arbeitsjahr schon 5000 $ gezeichnet. Die American gynecological society soll durch Abordnung von zwei oder mehr Mitgliedern jeder Sektion des Kongresses sich an der Bildung einer nationalen Organisation beteiligen. Ebenso soll der Kongreß der Ärzte und Chirurgen in der Krebsfrage zur Mitarbeit herangezogen werden.

Schottelius (Hamburg).

Zeitschriften.

3) Archiv für Gynäkologie Bd. C. Hft. 2.

1) F. Hitschmann und L. Adler. Ein weiterer Beitrag zur Kenntnis der normalen und entzündeten Uterusmukosa. Die Klinik der Endometritis mit besonderer Berücksichtigung der unregelmäßigen Gebärmutterblutungen.

Durch weitere Untersuchungen fanden die Verff. ihre vor etwa 5 Jahren gemachten Mitteilungen über die zyklischen Veränderungen des Endometriums voll bestätigt. Alle gegen die Resultate ihrer Untersuchungen gemachten Einwendungen können entkräftet werden. Sie betonen nochmals, daß die zyklische Wandlung der Schleimhaut an die regelmäßige Menstruation gebunden ist, daß die wichtigste Bedingung für die Verwertbarkeit des Materials die regelmäßige Menstruation ist. Der größte Teil der von anderer Seite behaupteten Ausnahmen vom Zyklus sind darauf zurückzuführen, daß dieser Satz nicht beachtet wurde. Wenn die Ovarialfunktion gestört ist und die Menstruation unregelmäßig wird, so findet man auch Störungen in der Gewebewandlung. Tritt die Periode noch zur erwarteten Zeit ein, hält sie aber lange an und ist eventuell auch stärker, so findet man histologisch, daß sich die Veränderung der Drüsen vom prämenstruellen zum postmenstruellen Stadium langsamer vollzieht. Man findet also zahlreiche

Digitized by Google

Übergangsformen, kollabierte, zackige, ziehharmonikaähnliche Drüsen, die mit den prämenstruellen, papillären Drüsen verwechselt werden können. Bei unregelmäßigem Typus der Menstruation vollzieht sich auch die Wandlung der Drüsen atypisch. Diese Abweichung vom normalen Zyklus tangiert weder das Bestehen des Zyklus bei regelmäßiger Periode, noch hat sie mit der Endometritis glandularis irgend etwas zu tun. Die bisher als Endometritis glandularis geschilderten Veränderungen sind physiologische Veränderungen. Es gibt nur eine interstitielle Endometritis, bei welcher Rund- bzw. Plasmazellen gefunden werden. Jede sonstige Schleimhautwandlung ist unabhängig von lokalen Reizen und reagiert nur auf einen Reiz, der vom Ovarium kommt und spezifisch ist. Aus dem Bilde der chronischen Endometritis sind als Symptome die unregelmäßigen Blutungen und der Schmerz auszuschalten, als einziges Symptom bleibt der »eitrige« Fluor übrig. Die unregelmäßigen Blutungen haben nichts mit einer lokalen Ursache zu tun, sondern die Ursachen liegen in den Ovarien. Durch eine Ausschabung ist eine Heilung der Blutungen auf die Dauer daher nicht zu erwarten, dieselbe kann nur ein Mittel sein, um eine vorhandene Blutung momentan zu beseitigen. Der Schmerz stellt sich erst ein, wenn eine Unregelmäßigkeit der Blutungen eintritt, wenn also die Entzündung bereits die Grenzen des Uterus überschritten hat. Der Fluor ist das einzige Zeichen einer chronischen Endometritis, was sich mit dem anatomischen Bilde der akuten und chronischen interstitiellen Endometritis deckt, das durch Exsudation von Rundzellen charakterisiert ist. Dieser eitrige Fluor ist strenge von der physiologischen Sekretion der Drüsen zu unterscheiden. Die Schlüsse, die aus diesen Befunden und Erwägungen für die Behandlung zu ziehen sind, sind zunächst negative, indem weder nach Ausschabung noch nach Ätzungen eine Heilung einer chronischen Endometritis zu erwarten ist.

2) Hans Hauser. Die differential-diagnostische und therapeutische Bedeutung der Gonokokkenvaccine in der Gynäkologie.

Nach einer eingehenden Besprechung der Entwicklung und des gegenwärtigen Standes der Frage von der Genokokkenvaccine kommt Verf. auf Grund des in der Literatur niedergelegten, sowie auf Grund des Materials der Rostocker Klinik ungefähr zu folgenden Schlüssen:

Bei sämtlichen Fällen von Adnextumoren, auch denen mit starker Bindegewebsbildung, bei denen a priori keine Restitutio ad integnum zu erwarten war, ließ sich doch eine erhebliche Besserung der subjektiven Beschwerden und eine durchaus sehr vorteilhafte Besserung des Allgemeinbefindens, der »tonische Einfluß der Vaccine« beobachten. Die Frauen nahmen an Körpergewicht zu, der Appetit und die Leistungsfähigkeit hob sich. Objektiv trat bei alten Adnextumoren keine oder nur geringe Besserung ein, bei jüngeren Adnextumoren, auch apfelgroßen Hydrosalpingen dagegen waren die Erfolge überraschend gut. In 5 von 17 Fällen trat subjektiv und objektiv Heilung ein, in 6 Fällen war der Erfolg subjektiv gut, objektiv wesentliche Besserung zu konstatieren. In einigen Fällen wurde die Besserung durch Operation kontrolliert. Ein Versager war zu konstatieren, eine Pat. entzog sich zu früh der Behandlung und bekam ein Rezidiv. Danach fand Verf. also in 29,4% subjektive und objektive Heilung, in 52,9% subjektive und objektive bedeutende Besserung. Auch bei der chronischen Cervixgonorrhöe waren die Erfolge nicht schlecht, ebenso bei Gonokokkencystitiden, sowie bei einer Bartholinitis und bei einer gonorrhoischen Arthritis. Aus dem wenn auch kleinem Material läßt sich immerhin entnehmen, daß in allen Fällen von gonorrhoischen Herderkrankungen mit aktivem oder noch reaktivierbarem Herd — als solche kommen vor allem die Adnextumoren in Frage, aber auch

Digitized by Google

die Cystitis und Bartholinitis —, ein Versuch lohnend ist. Alte, bindegewebige Veränderungen, Verwachsungen usw. können durch die Vaccine nicht beseitigt werden. Kontraindiziert ist die Anwendung der Vaccine zur Zeit der Menses, oder wenn eine sonst irgendwie klinisch sich manifestierende, durch Autoinokulatien hervorgerufene, negative Phase besteht. Während des Bestehens akuter oder subakuter peritonitischer Reizerscheinungen soll am besten nicht vacciniert werden. Die Vaccinetherapie ist keineswegs absolut ungefährlich und darf deshalb nur unter sachkundiger, kritischer Kontrolle ausgeführt werden. Die stationäre Behandlung ist aus diesen Gründen vorteilhafter als die ambulante. Die differential-diagnostischen Versuche mit Gonokokkenvaccine ergaben: 1) eine positive Herdreaktion und 2) eine positive Lokalreaktion, bei gleichzeitiger positiver Allgemeinreaktion, sprechen für Gonorrhöe. 3) Der negative Ausfall der Reaktion ist kein Beweis dafür, daß keine Gonorrhöe vorliegt, denn der Eintritt der Reaktion kann verhindert und verschleiert werden: a. durch alte, nicht reaktivierbare Herde; b. durch Mischinfektion; c. durch eine zu klein gewählte Injektionsdosis. Alles in allem stellt also die Gonokokkenvaccine auch differential-diagnostisch ein durchaus brauchbares, jedoch nicht ganz absolut sicheres Erkennungszeichen für Gonorrhöe dar.

3) Heinrich Raab. Zellreiche Myome und Myosarkome des Uterus. Verf. hat eine Anzahl gewöhnlicher, unverdächtiger Myome und vier Geschwülste, die als maligne Myome bzw. Myosarkome, oder als der Malignität verdächtig diagnostiziert waren, histologisch untersucht und gibt eine genaue Beschreibung seiner Befunde. Für die Fragen, welche histologischen Merkmale entscheidend sind für die Diagnose eines Myosarkoms und ob aus dem histologischen Bild eine sichere Diagnose auf die Bösartigkeit der Geschwulst gestellt werden kann, hält er folgende Punkte für beachtenswert: 1) Zellreichtum und Struktur des Muskelgewebes. 2) Kernveränderungen. 3) Kernteilungen. 4) Verhalten der interzellulären Fibrillen (Hyalin). 5) Riesenzellen. 6) Abgrenzung der Geschwulst. Zellreichtum und geringe Entwicklung von Bindegewebe können nicht als Kriterien für die Diagnose Myosarkom gelten. Gewöhnliche, zahlreiche Myome können das gleiche Verhalten zeigen. Auch die Kernveränderungen haben keine wesentliche Bedeutung für die Diagnose des Myosarkoms. Die Kerne der Myosarkome zeigen keine irgendwie erheblichen Abweichungen von den zahlreichen, unverdächtigen und sarkomverdächtigen Myomen. Kernteilungen fand Verf. in allen vier Fällen der verdächtigen Myome, aber auch in einer Anzahl der unverdächtigen Myome, so daß auch diese an sich nicht als sicheres Zeichen für Myosarkom herangezogen werden dürfen. Für die Beurteilung der Geschwulst ist erst das gehäufte Auftreten von Kernteilungsfiguren von Bedeutung. Der Befund der Interzellularsubstanz — kurze, plumpe Stränge bei zellreichen Myomen und Myosarkomen — ist nicht charakteristisch für Myosarkom, sondern lediglich ein Zeichen beginnender hyaliner Degeneration. Die hyaline Degeneration bei Myomen stellt eine Art Vernarbung vor. Riesenzellen treten in großer Anzahl nur bei Myosarkomen auf. Während bei allen Myomen sich eine scharfe Abgrenzung der Geschwulst gegen die normale Muskulatur zeigt, ist bei Myosarkom besonders ein Einwachsen in die Lymphgefäße zu beobachten. Das Vorhandensein von Metastasen macht die Diagnose über jeden Zweifel erhaben. Unter 329 Myomen konnte auf Grund oben aufgeführter Merkmale nur ein Myom als sicher sarkomatös angesprochen werden. Die höheren Prozentsätze anderer Autoren erklärt der Verf. damit, daß wahrscheinlich Verwechslungen zellreicher Myome mit Myosarkomen vorgekommen sind.

4) Theodor Nagy. Über maligne Entartung der Epithelien primär

Digitized by Google

verschleppter Chorionzotten. Beitrag zur Frage des malignen Chorionepithelioms.

In einem Falle von Blutungen nach Abort wurde die Curettage ausgeführt. Die histologische Untersuchung ergab Verdacht auf Cherionepitheliom. 3 Wochen darauf Totalexstirpation. Im Endometrium konnte weder mikroskopisch noch makroskopisch eine Geschwulstbildung nachgewiesen werden. Dagegen fand sich im Muskelgewebe dicht unter dem Endometrium ein hügeliger Geschwulstknoten, welcher mit der Gebärmutterhöhle nirgends in direktem Zusammenhange stand. Verf. hält sich daher zur Annahme einer zentralen Entwicklung dieses Knotens für berechtigt und hält es für außer allem Zweifel, daß die ausgeschabten Gewebsteile nicht diesem Knoten entstammen. Ferner fand sich nahe dem serösen Überzug ein zweiter, kleiner Herd, welcher seinen Ausgang von einer Placentarzotte nahm. Es ging hier also der Epithelüberzug einer Zotte, die in einem entfernten Blutraume frei lag, in bösartige Wucherung über. Eine Metastase lag nicht vor. Dieser Befund läßt sich mit der Veit'schen Theorie der Entwicklung eines Chorionepithelioms in sekundär verschleppten Epithelien, wobei das Bindegewebe fehlt, nicht ganz in Einklang bringen. Im vorliegenden Falle war Bindegewebe vorhanden und die gewucherten Epithelien blieben mit ihrem unveränderten Bindegewebe in ungestörtem Zusammenhange, die veränderte Zotte lag in einer Vene des Uterus, weitere Metastasen konnten nicht beobachtet werden. Der Fall ist also ein Beweis dafür, daß sowohl retinierte als auch primär verschleppte Zotten sich direkt in Geschwulstgewebe umwandeln können.

5) Edv. A. Björkenheim. Golgi's Apparato reticolare interno in den Placentarepithelien.

Der Apparato reticolare interno Golgi's wurde bisher in den Placentarepithelien noch nicht nachgewiesen. Verf. hat daher mehrere Placenten, die sowohl nach Golgi's Arseniksäuremethode, als auch nach Cajal's Urannitratmethode fixiert wurden, untersucht. Im Syncytium fand er am Kern kleine Körperchen, teils von nicht recht definierbarer Struktur, teils gleichend einem geschrumpften Netzwerk, die als Apparato reticolare interno anzusprechen sind. Sie gleichen denen bei Leukocyten und Bindegewebszellen. In den Langhans-Zellen ist der Apparato reticulare interno größer als im Syncytium, die Netzstruktur tritt deutlicher hervor. Im Amnionepithel liegt er ringförmig um den Kern herum.

Hohl (Bremerhaven).

Abderhalden's Reaktion.

4) **Emil Abderhalden und Peter Andryewsky (Halle a. S.). Über die Verwendbarkeit der optischen Methode und des Dyalysierverfahrens bei Infektionskrankheiten. Untersuchungen über Tuberkulose bei Rindern.** (Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 30.)

Nach Einführung ausgekochter Tuberkelbazillen in feinster Suspension oder Tuberkelbazillenpepton in die Blutbahn von Tieren konnten Abwehrfermente nachgewiesen werden, die auf Bazilleneiweiß bzw. -pepton eingestellt waren. Ferner baute das Serum von Tieren, die an Lungentuberkulose litten, Gewebe ab, das aus Lungenstücken mit käsiger Pneumonie hergestellt war, oder das aus solchen Teilen bereitete Pepton. Es ist somit die Möglichkeit gegeben, Infektionskrankheiten mittels der optischen Methode und des Dialysierverfahrens zu erkennen eventuell festzustellen, welche Organe befallen sind. Und die Tatsache, daß bei Infektionen Abwehrfermente eine Rolle spielen, läßt sich therapeutisch vielleicht so verwerten, daß man durch Injektion der entsprechenden Mikroorganismen

Digitized by Google

bzw. der infizierten Gewebe die Abwehrfermente erzeugen kann. Die Abwehrfermente könnten auch eine Bedeutung für die Prognose haben. Nach Einspritzung von Tuberkulin zeigte das Serum Abbauvermögen für Tuberkelbazillenpepton.

Gegen die von Steising erhobenen Befunde, wonach das Abwehrferment Ambozeptornatur haben soll, wird Stellung genommen. Die Beobachtungen der Verff. sprechen dafür, daß die Abwehrfermente mit keinem der bis jetzt beobachteten Stoffe, die bei der Immunität eine Rolle spielen, identisch sind.

Frickhinger (München).

5) **Karl Kolb (Heidelberg). Gelingt es mittels der Abderhaldenschen Fermentreaktion, den Nachweis eines persistierenden oder hyperplastischen Thymus zu führen?** (Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 30.)

Es wurden sechs mittelschwere und schwere weibliche Basedowfälle untersucht. In allen Fällen fand ein starker Thymusabbau statt. Es war auch viermal eine Thymusdämpfung nachweisbar. Nach den Untersuchungen des Verf.s und nach denjenigen von Lampé und Papazolu baut das Serum normaler Menschen Thymus nicht ab. Ebenso haben die Untersuchungen des Verf.s den Nachweis gebracht, daß die normale bzw. persistierende Thymus durch die Abderhaldensche Fermentreaktion nicht festgestellt werden kann. Mit Rücksicht auf das häufige Vorkommen der Thymushypertrophie beim Basedow spricht deshalb das Abbauvermögen des Serums auf Thymus eines Basedowkranken für Thymushyperplasie.

Es wurden auch Untersuchungen angestellt, ob bei endemischem Kropf ein Thymusabbau stattfindet. Es tritt zwar in einigen Fällen eine gerade noch erkennbare Blaufärbung des Dialysates ein. Sie ist jedoch von der intensiven Verfärbung des Dialysates bei Basedowkranken leicht zu unterscheiden.

Frickhinger (München).

6) **G. v. Gambaroff (Moskau). Die Diagnose der bösartigen Neubildungen und der Schwangerschaft mittels der Abderhaldenschen Methode.** (Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 30.)

Das Untersuchungsmaterial umfaßt 82 Fälle, darunter 48 mit malignen Tumoren, 2 mit Lues, 22 Sera von Schwangeren und 10 Normalsera. Es wurde nur das Dialysierverfahren angewendet. Das Resultat: Das Serum der Karzinomträger baute nur Karzinomeiweiß ab, niemals Sarkomgewebe. Umgekehrt gab Serum von Sarkomkranken mit Karzinomgewebe immer negative und mit Sarkomeiweiß stets positive Reaktion. Bei Normalsera- und Schwangerenuntersuchungen kam kein Irrtum vor. Bei 50 Tumoruntersuchungen ist nur eine Fehldiagnose zu verzeichnen: Eine Luesaffektion gab eine positive Karzinomreaktion.

Frickhinger (München).

7) **J. Gutmann (Brooklyn) und S. J. Druskin (Manhattan). Erfahrungen mit der Abderhalden'schen Reaktion.** (Med. record Bd. LXXXIV. Nr. 3. p. 99.)

Unter Hinweis auf die nicht zu seltenen, infolge einer nicht erkannten Gravidität ausgeführten Laparotomien wird der Wert eines zuverlässigen Graviditätsdiagnostikums betont. Anfängliche Mißerfolge ließen sich später durch peinlichste Befolgung der Originalvorschriften Abderhalden's vermeiden, so daß in der letzten Serie von 106 Fällen 98% richtige Resultate erzielt wurden. (Ein Fehler war bei einer ektopischen Gravidität zu verzeichnen, die negativ reagierte, das Serum einer nichtgraviden Luetika reagierte positiv.)

Digitized by Google

Eingehende Besprechung der Technik. Versuche zur Vereinfachung der Methode, die jedem Praktiker zur Verfügung stehen sollte, sind bereits mit Erfolg in die Wege geleitet. Schottelius (Hamburg).

8) **Hans Schlimpert und Ernst Issel (Freiburg i. Br.). Die Abderhalden'sche Reaktion mit Tierplacenta und mit Tierserum.** (Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 32.)

Das Tier ist ein weit einheitlicheres Versuchsobjekt als der Mensch. Denn bei jenem kommen die Störungen durch vorhandene Geschwülste in weitaus den meisten Fällen in Wegfall. Bei einigen Tierarten, so namentlich beim Schaf und beim Pferd ist man in der Lage, fötalen und mütterlichen Teil der Placenta absolut scharf zu trennen. Bei diesen Tieren ist auch ein Verschlepptwerden von Chorionzotten ins mütterliche Blut höchst unwahrscheinlich, nicht etwa deshalb, weil diese Tiere keine Chorionzotten besitzen, wie irrtümlicherweise hervorgehoben worden ist, sondern weil als Barriere außer der Kapillarwand die syncytiale Schicht zwischengeschaltet ist.

Das Resultat der Versuche berechtigt die Verff. zu folgenden Schlüssen: Bei Pferd und Schaf kreisen während der Schwangerschaft Fermente im Blute, die die Placenta der eigenen Art abbauen, aber auch die Placenta anderer Arten (Mensch, Schaf und Pferd). Sowohl der fötale wie der mütterliche Anteil der Placenta wird abgebaut. Am stärksten wurde immer die Pferdeplacenta abgebaut, was aber auf mechanische Ursachen zurückzuführen ist, da die Pferdeplacenta infolge ihrer großen Oberfläche die günstigste Angriffsmöglichkeit für die Fermente bietet. Frickhinger (München).

9) **M. E. Goudsmit (Rotterdam). Zur Technik des Abderhaldenschen Dyalisierverfahrens.** (Münch. med. Wochenschrift 1913. Nr. 32.)

Der Verf. erzielt die vollkommene Blutleere der klein zerschnittenen Placenta durch Auswaschen in $^1/_2$%iger Wasserstoffsuperoxydlösung. Die Placentastückchen werden in Toluol aufbewahrt. Das aseptische Arbeiten erachtet Verf. für nicht notwendig, Sauberkeit genügt nach seiner Anschauung.

Frickhinger (München).

10) **Emil Abderhalden und Andor Fodor (Halle a. S.). Über Abwehrfermente im Blutserum Schwangerer und Wöchnerinnen, die auf Milchzucker eingestellt sind.** (Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 34.)

Da Milchzucker durch Serum von mit Milchzucker vorbehandelten Tieren gespalten wird, so wurde das Serum Schwangerer und von Wöchnerinnen auf sein Verhalten gegenüber Milchzucker geprüft. Da die Untersuchung des Serums durch die Harnuntersuchung ergänzt werden muß, um eventuell vorhandene Laktosurie festzustellen, so können diese Untersuchungen eigentlich nur an einer Klinik einwandfrei durchgeführt werden.

Das Resultat der Verff. war, daß bei 12 Schwangeren in verschiedenen Monaten keine Abwehrfermente gegen Milchzucker nachweisbar waren. In einem einzigen Falle — bei einer Graviden im 10. Monat — wurde Milchzucker abgebaut. Von 10 Wöchnerinnen baute nur eine Laktose ab. Frickhinger (München).

Originalmitteilungen und Referate für das Zentralblatt wolle man an *Prof. Dr. W. Stoeckel* in Kiel, Monographien, Sonderdrucke und Bücher-sendungen an *Prof. Dr. W. Stoeckel* oder an die Verlagshandlung von *Johann Ambrosius Barth*, Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. W. Stoeckel in Kiel.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Digitized by Google

Zentralblatt für Gynäkologie

begründet von HEINRICH FRITSCH

herausgegeben von

WALTER STOECKEL in Kiel.

37. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 43. Sonnabend, den 25. Oktober 1913.

Inhalt.

Originalien: I. P. **Werner**, Erfolge und Technik der einzeitigen Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisierung bei Tuberkulose der Lungen. — II. F. **Engelmann**, Die Behandlung der Eklampsie mittels Infusionen von Ringer'scher Lösung. — III. **Krosz**, Über Erfahrungen mit Tenosin.

Neue Bücher: 1) **Blum**, Nierenphysiologie und funktionelle Nierendiagnostik.

Berichte: 2) Geburtsh.-gynäkol. Sektion des XII. Kongresses russ. Ärzte in Petersburg. **Grusdew**, Horisonton, **Orlow**, Sserebrennikowa, **Schirschow**, Extrauteringravidität, Abderhalden's Reaktion. — **Litschkuss**, Grün, **Porembsky**, Wigodsky, Artefizieller Abort. — **Nemenow**, Röntgenstrahlen in der Gynäkologie. — **Domaschewicz**, Blutstillung bei Myomen. — **Grusdew**, Atresia ani vaginalis. — **Tschunichin**, **Fedorow**, Abort.

Zeitschriften: 3) Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. LXXIV. Hft. 1. **Bayer**, Blasensprung und Blasenstich. — **Fehling**, Geburtenrückgang. — **H. Freund**, Uterusmyom. — **Fleurent**, Zangenanwendung. — **Fraenkel**, Ovulation, Konzeption und Schwangerschaftsdauer. — **R. Freund**, Schwangerschaftstoxikosen. — **Fromme**, Harnröhrendivertikel. — **v. Hansemann**, Präcanceröse Krankheiten. — **Hart**, Konstitution und Krankheit. — **Holländer**, Colon mobile und Ileocoecaltuberkulose. — **Holzapfel**, Nabelschnurknoten. — **Holzapfel**, Tubare Sterilisierung. — **Klein**, Totalprolaps. — **Kraft**, Drehreflex am Neugeborenen. — **Laqueur**, Physikalische Therapie. — **Lindemann**, Blinddarm- und Dickdarmentzündung. — **Linkenheld**, Postoperative Beschwerden nach Laparotomien. — **Mackenrodt**, Harnleiterverletzungen; Verletzungen des Blasenhalses und des Sphincter urethrae. — **Meyer**, Ektopische Decidua und Paradecidua. — **Muellerheim**, Abdominaltumoren. — **Muret**, Blasenscheidenfistein. — **Ries**, Ovarialschwellungen. — **Ruehle**, Carcinoma colli uteri. — **Schickele**, Der Einfluß der Ovarien auf die Brustdrüse. — **Sellheim**, Kastration und Knochenwachstum. — **Sigwart**, Gefäßnaht. — **Steidl**, Desmoide Tumoren des Lig. rot. — **van den Velden**, Infantilismus. — **Zinsser**, Harngiftigkeit bei Anaphylaxie. — **Mohr**, Innere Sektretion der Speicheldrüsen. — **Eckelt**, Nierenfunktion in der Schwangerschaft.

Radiologie: 4) **Bumm**, 5) **Haendly**, 6) **Langes**, 7) **Siredey**, 8) **Seitz**, 9) **Seefeld**, 10) **Klein**, 11) **Weitzel**, 12) **Heimann**, 13) **Holzbach**, 14) **Krömer**, 15) **Gauß**, 16) **Sticker**, 17) **Jung**, 18) **Engelhorn**, 19) **Kirchberg**, 20) **Westermaier**, 21) **Wickham**, 22) **Hager**, 23) **Blumhardt**, 24) **Rubaschow**, 25) **Kelly** und **Lewis**, Strahlentherapie.

Ovarium: 26) **Schickele**, Keimdrüse und Brunst. — 27) **Hill**, Corpus luteum-Substanz bei Menopause. — 28) **Hedde**, Ovarialblutungen. — 29) **Kratochvil**, Ovarialtumoren. — 30) **Trapl**, 31) **Massabuau** und **Etienne**, 32) **White**, 33) **Christiani**, Ovarialgeschwülste.

Peritoneum: 34) **Propping**, 35) **Jelke**, 36) **Grover**, Peritonitis. — 37) **Frazier**, Mesenterialcysten. — 38) **Benedict**, Chyluscysten.

I.

Aus der II. Universitäts-Frauenklinik in Wien.
Vorstand: Prof. E. Wertheim.

Erfolge und Technik der einzeitigen Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisierung bei Tuberkulose der Lungen[1].

Von

Dr. Paul Werner, Assistent.

Das Verhältnis zwischen Schwangerschaft und Tuberkulose, besonders der Tuberkulose der Lungen, war auf dem XIV. Kongreß deutscher Gynäkologen (Mün-

[1] Nach einem Vortrag gehalten auf der 85. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Wien. September 1913.

Digitized by Google

chen 1911) Gegenstand vielfacher Erörterungen. Wenn auch einzelne Autoren wie O. Burkhardt[2], Fetzer[3] u. a. darauf hinwiesen, daß die Schwangerschaft den Verlauf einer tuberkulösen Erkrankung, besonders einer sog. inaktiven, in vielen Fällen nicht schädlich beeinflusse, wenn in neuerer Zeit Pinard[4] sogar behauptet, daß eine hinzutretende Schwangerschaft auf den tuberkulösen Prozeß oft eine günstige Wirkung ausübe, so geht doch die allgemeine Ansicht dahin, daß die Schwangerschaft als überaus ernste Komplikation jeder tuberkulösen Affektion anzusehen sei.

Bei der bekannten Fertilität tuberkulöser Frauen und der sich daraus ergebenden Notwendigkeit, oft wiederholt in kurzen Zwischenräumen bei derselben Kranken den Abortus einzuleiten — ein für das Allgemeinbefinden keineswegs ganz gleichgültiger Eingriff —, machte sich bald das Bedürfnis geltend, die Gefahr einer weiteren Schwangerschaft durch die Sterilisierung zu beseitigen; diese letztere in einer Sitzung gleich im Anschluß an die Unterbrechung der Schwangerschaft vornehmen zu können, ist natürlich von besonderem Vorteil, schon deshalb, weil den Pat. dadurch die Unannehmlichkeit der Aussicht auf eine zweite Operation erspart wird.

Zahlreich sind die zu diesem Zwecke angegebenen Operationsverfahren. Ohne auf die Methoden der sog. temporären Sterilisierung — Sterilisierung mit Aussicht auf Wiederherstellung der Konzeptionsfähigkeit zu einem späteren Termine —, von denen übrigens die von Blumberg[5] angegebene Versenkung der Ovarien in Peritonealtaschen recht Erfolg versprechend zu sein scheint, näher einzugehen, seien nur die folgenden erwähnt: Vaginale Totalexstirpation des Uterus und der Adnexe nach Bumm-Martin[6], Totalexstirpation des Uterus und der Adnexe p. lap. (Henkel[7]), die vaginale Totalexstirpation mit Belassung der Ovarien (Heil[8]), die vaginale Korpusamputation (Kroemer[9]), die vaginale Korpusexzision (v. Bardeleben[10]). Weniger eingreifende Methoden sind: Die Tubenresektion nach medianer Cervixspaltung (Schauta[11], Christofolletti und Thaler[12]), der quere Fundalschnitt zwecks Ausräumung und Tubenresektion (Sellheim[13]), die vaginale Korpusspaltung und Tubenresektion (Dützmann[14]), die subperitoneale Tubenresektion nach Labhardt[15] und die inguinale Methode nach Menge (Schottelius[16]). Gauss[17] suchte durch Röntgenstrahlen die Konzeption zu verhindern.

Das an unserer Klinik geübte Verfahren der einzeitigen Unterbrechung der Schwangerschaft und Sterilisierung lehnt sich eng an die von Schauta angegebene Methode an. Nach Erweiterung des Cervicalkanals mit Hegarstiften, um den

---

[2] O. Burkhard, XIV. Kongreß der Deutschen Gesellschaft f. Gyn. München 1911.
[3] Fetzer, ebenda.
[4] Pinard, Revue prat. d'obst. et de paed. Nr. 277.
[5] Blumberg, XIV. Kongreß der Deutschen Gesellschaft f. Gyn. München 1911.
[6] E. Martin, ebenda.
[7] Henkel, Arch. f. Gyn. Bd. XCIV. Hft. 2.
[8] Heil, 83. Versammlung Deutscher Naturforscher u. Ärzte, Karlsruhe 1911.
[9] Kroemer, ebenda.
[10] v. Bardeleben, Zentralbl. f. Gyn. 1911. Nr. 30.
[11] Schauta, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXXIII. Hft. 3.
[12] Christofolletti u. Thaler, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXXIV. Hft. 5.
[13] Sellheim, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXXVIII. Hft. 2.
[14] Dützmann, XIV. Kongreß der Deutschen Gesellschaft f. Gyn. München 1911.
[15] Labhardt, Zentralbl. f. Gyn. 1911. Nr. 14.
[16] Schottelius, Geburtshilfl. Gesellsch. zu Hamburg. Sitzung vom 30. Mai 1911.
[17] Gauss, XIV. Kongreß der Deutschen Gesellschaft f. Gyn. München 1911.

Digitized by Google

Lochien freien Abfluß zu sichern, wird die vordere Scheidenwand oberhalb der Portio quer durchschnitten, die Blase abgeschoben und die vordere Cervixwand mit gerader Schere bis über den inneren Muttermund hinauf median gespalten. Lösung des Eies mit dem Finger und Entfernung desselben mit der Kornzange. Dann werden die Schnittränder der Cervix in einschichtiger Naht mit Seide oder Catgut vereinigt, und es wird das Peritoneum eröffnet. Mit feinen Häkchen läßt sich der Abgang der Adnexe ohne Vorwälzen des Uterus gewöhnlich leicht einstellen, worauf ein Stück aus dem uterinen Teil der Tube reseziert wird. Noch einfachere Wundverhältnisse ergeben sich durch die Entfernung der ganzen Tube, die technisch leichter ist als die Resektion und jetzt allein noch bei uns geübt wird. Dann wird der Schlitz im Peritoneum quer, der Schnitt in der vorderen Scheidenwand gewöhnlich der Länge nach vernäht und der Prävesikalraum durch einen Streifen drainiert. Die Operation wurde zunächst in Chloroformnarkose, in letzterer Zeit in Lumbalanästhesie ausgeführt.

Nach dieser Methode wurden in den letzten $2^1/_2$ Jahren 60 Frauen, die zwischen 6 Wochen und 5 Monaten schwanger waren, operiert. Sämtliche Kranke waren Multiparae und hatten womöglich zwei oder mehrere lebende Kinder. Als Indikation wurde nicht nur eine aktive Lungentuberkulose oder eine Larynxaffektion angesehen, sondern auch inaktive Prozesse, wenn die Pat. sehr heruntergekommen waren oder andere Komplikationen bestanden. Die Operation selbst gestaltete sich in den meisten Fällen ziemlich leicht. Nur 8mal sind im Operationsprotokolle größere Schwierigkeiten notiert, die durch schlechte Einstellbarkeit der Adnexe, Morschheit des Uterus oder stärkere Blutung beim Versuche, ihn mit Häkchen zu erfassen, bedingt waren. Diese Schwierigkeiten scheinen unabhängig vom Alter der Schwangerschaft zu sein, da sie nur einmal bei einer Schwangerschaft jenseits des 3. Monats (im ganzen 16 Fälle) erwähnt sind. Gegen die atonische Blutung aus dem Uterus nach seiner forcierten Entleerung hat sich uns die möglichst frühzeitige, womöglich vor Beginn der Operation gegebene Injektion von Pituitrin oder Glanduitrin mit Ergotin bestens bewährt. In 10 Fällen, in welchen eine stärkere Blutung die Uterustamponade notwendig machte, war 3mal überhaupt keine Injektion gemacht worden, 2mal erst nach der Entfernung des Eies; 5mal mußte trotz vor Beginn der Operation gegebener Pituitrininjektion zur Uterustamponade geschritten werden, und zwar hauptsächlich bei vorgeschrittener Schwangerschaft; die Hälfte aller Fälle mit Uterustamponade stand jenseits des 3. Schwangerschaftsmonats. Die Vermeidung der Uterustamponade ist natürlich ein großer Vorteil, weil durch die Vergrößerung des Organs infolge der Tamponade das Operieren an den Adnexen wesentlich erschwert wird. In einem Falle — einer Schwangerschaft von $2^1/_2$ Monaten — war die Blutung aus dem Uterus so profus, daß nach erfolgloser Tamponade die vaginale Totalexstirpatien ausgeführt werden mußte. Auch hier war die Glanduitrininjektion erst nach der Entleerung des Uterus gegeben worden.

Schließlich muß ich noch eines traurigen Falles Erwähnung tun, der $1^1/_2$ Stunden p. op. zum Exitus kam, aber nicht der Operationsmethode zur Last fällt. Es handelte sich um eine sehr herabgekommene Frau mit fortgeschrittener Tuberkulose, die im 3. Monat gravid war. Es wurde die Ausräumung und Sterilisierung beschlossen. Bei der Entleerung des Uterus kam es zu einer heftigen Blutung, die nicht nur aus dem Cavum, sondern, wie sich bei der Sektion herausstellte, hauptsächlich aus einem beim Abschieben der Blase behufs nachfolgender Cervixspaltung in der vorderen Uteruswand entstandenen Loch stammte. Die intendierte Operation mußte wegen schlechten Befindens der Pat. unvollendet abge-

Digitized by Google

brochen werden, und die Obduktion ergab außer hochgradiger Anämie eine Nachblutung aus dem Loch in der vorderen Uteruswand. Die Operation war von einem mit der vaginalen Technik noch nicht vertrauten Operateur ausgeführt worden.

Die Heilungsdauer nach der Operation belief sich durchschnittlich auf 8 bis 9 Tage, abgesehen von einigen Fällen, bei denen der fortgeschrittene Lungenprozeß einen längeren Spitalsaufenthalt notwendig machte.

Der anläßlich der Entlassung aufgenommene Genitalbefund war bei sämtlichen Pat. normal; nur bei 3 Frauen fand sich ein geringes Stumpfexsudat; bei zweien waren die uterinen Tubenenden reseziert, bei der dritten der ganze Eileiter entfernt worden; bei dieser letzteren waren schon bei der Operation umfangreiche perimetritische Verwachsungen konstatiert worden.

Nach E. Martin beträgt die Frist, nach deren Ablauf man den Einfluß einer Schwangerschaft auf eine bestehende Tuberkulose endgültig beurteilen kann, ca. 1 Jahr. Bei 29 von unseren Operierten liegt die Operation über 1 Jahr zurück. Von diesen starb eine 4 Monate nach der Operation an Lungentuberkulose. 24 erschienen teils persönlich zur Nachuntersuchung, teils sandten sie einen brieflichen Bericht.

20 Frauen fühlten sich vollständig wohl und arbeitsfähig; die meisten von ihnen hatten recht ansehnlich an Gewicht zugenommen (4—7 kg). Bei einigen bestand noch Husten, teilweise auch Nachtschweiße, doch war das Allgemeinbefinden dadurch nicht gestört. 4 Frauen fühlten sich schwach, waren in schlechtem Ernährungszustande, klagten über heftigen Husten mit Auswurf, teilweise über Blutspucken und Diarrhöen. Bei diesen 4 Frauen sowie bei der ad exitum gekommenen war zur Zeit der Operation ein sehr weit fortgeschrittener Lungenprozeß, bei einer auch eine spezifische Erkrankung des Larynx konstatiert worden. Der palpatorische Genitalbefund war bei allen Nachuntersuchten normal. 7 Frauen klagten über profuse Menstruationen seit der Operation; eine Revision der Krankengeschichten ergab jedoch, daß bei 5 von ihnen schon vor der Operation die Menses sehr reichlich waren.

Um die mit dem oben beschriebenen Verfahren erzielten Resultate mit denen anderer Operationsmethoden vergleichen zu können, seien einige Zahlen aus der Literatur angeführt. v. Bardeleben berechnet die Mortalität nach dem einfachen artefiziellen Abortus bei Tuberkulösen folgendermaßen:

1) Spitzenkatarrhe a. Grav. mens. I.—III. Mortalität 3,3%; b. Grav. mens. IV.—VII. Mortalität 15%.

2) Ausbreitung des aktiven Prozesses über die Spitze hinaus, Infiltrate, Exsudate, Fieber über 38,5, Tuberkelbazillen im Sputum. Mortalität 58,3%.

Nach der einfachen vaginalen Uterusexstirpation betrug die Mortalität bei allen Gruppen zusammen 5%.

E. Martin fand bei 16 von 20 vor Jahresfrist nach Bumm-Martin operierten Frauen den Zustand wesentlich gebessert.

Bei unserem Materiale, das Schwangerschaften vom 1. bis zum 5. Monat umfaßt, bei dem in vielen Fällen der tuberkulöse Prozeß schon sehr weit fortgeschritten war und sich häufig Fieber und Hämoptoe und sogar Ergriffensein des Larynx in den Protokollen verzeichnet findet, betrug die direkte Mortalität 0%, die Mortalität nach Ablauf eines Jahres 4% (1 Fall von 25).

Daß die Erfolge dieses konservativen Verfahrens nicht schlechter sein dürften als die durch große verstümmelnde Operationen (Totalexstirpation des Uterus mit oder ohne Adnexe) erzielten, war eigentlich zu erwarten, da ja auch die theo-

Digitized by Google

retischen Überlegungen, auf denen die letzteren aufgebaut sind, keineswegs unangefochten geblieben sind. So erklärt Flaischlen[18] den Einfluß des puerperalen Zustandes auf die Tuberkulose als einen hypothetischen, keineswegs erwiesenen, und Bokelmann[19] sagt ganz richtig, daß man in den ersten Monaten der Schwangerschaft von einem eigentlichen Wochenbett ja kaum sprechen könne. Thaler's[20] Tierversuche ergaben, daß die Kastration die Resistenz gegen Tuberkelbazillen herabsetze, und der Wert des so viel gerühmten Fettansatzes nach der Kastration wird nicht nur von Gynäkologen (Bokelmann), sondern auch von internistischer Seite (Wolff-Eisner[21]) als recht problematisch bezeichnet. Heil[22] erklärt den Ausfall der Ovarialhormone als sehr schädlich für das Befinden der Tuberkulösen und Wolff-Eisner beobachtete, daß sich die durch die Kastration hervorgerufenen vasomotorischen Ausfallserscheinungen mit den bei der Tuberkulose vorhandenen addieren.

Gegenüber den meisten anderen konservativen Operationsverfahren und besonders gegenüber denen, die sich der Laparotomie bedienen, hat die bei uns geübte Operation den Vorteil, als verhältnismäßig kleiner Eingriff das Allgemeinbefinden der Pat. kaum zu tangieren, durch Vermeidung des Bauchschnittes die Dauer der Rekonvaleszenz herabzusetzen und die Arbeitsfähigkeit der Kranken möglichst schnell wieder herzustellen.

II.

Aus der städt. Frauenklinik zu Dortmund.

Die Behandlung der Eklampsie mittels Infusionen von Ringer'scher Lösung.

Kurze Bemerkung zu der Arbeit von R. Freund: „Über Schwangerschaftstoxikosen (Dermatosen, Hyperemesis, Eklampsie) und ihre Behandlung mit Serum und Ringer'scher Lösung"[1].

Von

F. Engelmann.

Die von anderen bei der Behandlung von Schwangerschaftstoxikosen mittels Infusion von Ringer'scher Lösung erzielten guten Erfolge kann R. Freund auf Grund einer größeren Zahl von eigenen Fällen (Dermatosen und Hyperemesis) bestätigen. Nur betreffs der Eklampsie erscheint ihm ein Effekt zweifelhaft, und zwar im Hinblick auf »den viel akuteren Verlauf dieser Toxikose«. Es dürfte darum die Feststellung von einem gewissen allgemeinen Interesse sein, daß wir seit 7 Jahren den ausgedehntesten Gebrauch von Infusionen mit Ringer'scher Lösung bei der Behandlung der Eklampsie machen, und zwar, wie mir scheint, mit gutem Erfolg. Bereits 1907[2] konnte ich über einen exzeptionellen Fall (200 Anfälle!) berichten, dessen günstigen Ausgang, wie wir glauben, der reichlichen An-

[18] Flaischlen, Gesellschaft f. Geb. u. Gyn. in Berlin, Sitzung v. 10. Februar 1911.
[19] Bokelmann, ebenda.
[20] Thaler, XIV. Kongreß der Deutschen Gesellschaft f. Gyn. München 1911.
[21] Wolff-Eisner, XIV. Kongreß usw.
[22] Heil, 83. Versammlung Deutscher Naturforscher u. Ärzte in Karlsruhe 1911.
[1] Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. LXXIV. Hft. 1. — Referat in dieser Nummer p. 1596.
[2] Zentralbl. f. Gyn. 1907. Nr. 1.

Digitized by Google

wendung dieser Infusionen in erster Linie zu danken ist. An anderer Stelle[3] ist dann gerade die Anwendung der Ringer-Lösung an Stelle der gewöhnlichen Kochsalzlösung empfohlen worden, und zwar mit der gleichen Begründung, die Freund jetzt gibt, und mit dem Hinweis, daß wir sie seit vielen Jahren anwendeten. Und in den verschiedenen Berichten aus der letzten Zeit[4] über unsere Erfolge mit der »Therapie der mittleren Linie« bildet die Infusion neben dem Aderlaß den wesentlichsten Teil dieser Behandlungsart, mit der wir bei den letzten 50 Fällen eine mütterliche Mortalität von rund 6% und eine kindliche Mortalität von nur 9% erzielt haben. Die praktische Erfahrung spricht also, wie mir scheint, gegen die theoretischen Bedenken Freund's und für die weitere Anwendung der Infusion der Ringerlösung in Verbindung mit dem Aderlaß auch bei der Eklampsiebehandlung.

Nun noch ein Wort über die Wirkungsweise der Infusion. Freund läßt die Frage offen, worauf der Erfolg der Infusion beruht, ob auf der Anwesenheit der Ca-Salze oder auf dem richtigen Verhältnis der Natrium-, Kalium- und Kalziumionen. Er zieht nur aus der Tatsache der fast übereinstimmenden Wirkung der Infusionen von natürlichem und »künstlichem« Serum (Ringer'sche oder Lockesche Flüssigkeit) den zwingenden Schluß, daß »als gemeinsamer Heilfaktor der bisher angewendeten Serummittel nicht ihr Kolloid-, sondern ihr Salzgehalt in Betracht kommt«. Für die Beurteilung der nach Seruminjektionen genesenen Fälle empfiehlt Freund außerdem noch ausdrücklich, »große Zurückhaltung zu beobachten«, zumal bei einigen Fällen »nicht unwesentliche Einflüsse, wie z. B. Geburt oder Aderlaß — im Original nicht gesperrt gedruckt — die Beurteilung des Falles trüben.« Also hier an Stelle der früher behaupteten, etwas dunklen biologischen Beeinflussung des Eklampsieblutes durch die Seruminjektionen die Annahme einer einfachen chemisch-physikalischen Wirkung (die möglicherweise durch einen Aderlaß noch eine Verstärkung erfährt), als Hauptmoment des Erfolges der Seruminjektionen! Ich glaube, darin erfreuliche Berührungspunkte finden zu dürfen mit Gedankengängen, die an dieser Stelle[4] vor einiger Zeit von mir und vorher in ähnlicher Weise von Jarzew entwickelt worden sind. Diese betreffen die Bedeutung gewisser physikalisch-chemischer Änderungen der Blutzusammensetzung für die Pathologie der Eklampsie, wie sie in der Erhöhung der Gerinnungsfähigkeit und der Viskosität des Blutes zum Ausdruck kommen. Ich verweise auf die betreffenden Ausführungen und möchte nur noch hervorheben, daß gerade die oft verblüffende Wirkung von Aderlaß und Infusionen kaum anders als auf physikalischem Wege zu erklären ist, nämlich durch die Annahme »reversibler«, d. h. leicht rückgängig zu machender »Zustandsänderungen« des Blutes, die sich, wie im Tierexperiment, durch Behandlung mit Salzlösungen prompt beeinflussen lassen. Inwieweit dabei die Zusammensetzung der infundierten Flüssigkeit eine Rolle spielt, möchte auch ich zunächst dahingestellt sein lassen. Daß ihr eine Bedeutung zukommt, ist wohl sicher. Auch darüber findet sich eine Bemerkung in einer früheren Arbeit[3], wie schon oben erwähnt, wo an Stelle der Kochsalzlösung die Ringer'sche Lösung empfohlen wird, »welche die eventuell schädliche Wirkung des NaCl paralysierende Stoffe (K- und Ca-Salze) enthält, wie das seit den interessanten Loeb'schen Untersuchungen lange bekannt ist«. Also genau das, was Freund noch des näheren ausführt und begründet.

Diesen so gut übereinstimmenden Feststellungen kommt naturgemäß auch eine erhebliche praktische Bedeutung zu. Sie werden hoffentlich dazu beitragen,

[3] Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. LXVIII.
[4] Zentralbl. f. Gyn. 1912. Nr. 45. — Med. Klinik 1913. Nr. 39.

Digitized by Google

den Gegnern der rein operativen Therapie der Eklampsie neue Anhänger zu gewinnen.

III.

Aus der Provinzial-Hebammen-Lehranstalt und Frauenklinik in Magdeburg. Direktor: Dr. v. Alvensleben.

Über Erfahrungen mit Tenosin.

Von

Dr. med. Krosz,

I. Assistenzarzt.

Durch die Arbeiten namentlich von Ackermann, Kutscher und englischer Autoren wie Barger, Dale, Carr, Leidlaw und anderer ist nachgewiesen worden, daß die Wirkung des Secale cornutum wesentlich auf drei Substanzen beruht, nämlich auf dem β-Imidazolyläthylamin oder Histamin, dem p-Oxyphenyläthylamin oder Tyramin und dem Ergotoxin. Das letztere kommt für die therapeutische Wirkung des Secale nicht in Betracht, ja seine Wirkung ist sogar unerwünscht, da dies Alkaloid die Secalegangrän erzeugt.

Was die beiden anderen wirksamen Bestandteile des Secale anbelangt, so sind sie beide einzeln in ihrem pharmakologischen Verhalten speziell auf den schwangeren und purperalen Uterus geprüft worden. Kehrer, Pühner, Jäger und Koch wiesen die wehenverstärkende Wirkung des β-Imidazolyläthylamins nach. Doch zeigte sich, daß bei seiner Anwendung unter der Geburt die therapeutisch wirksame Dosis fast regelmäßig zum Teil schwere Nebenerscheinungen bei der Mutter hervorrief, während die kleineren Dosen, die im Wochenbett gegeben wurden, von diesen unerwünschten Nebenerscheinungen frei waren und eine schnelle Rückbildung des Uterus zur Folge hatten. — Burmann und Heimann berichten über Versuche mit p-Oxyphenyläthylamin (Tokosin, Systogen, Uteramin-Zyma), dessen prompte, wehenerzeugende Wirkung letzterer in einer großen Reihe von Fällen des Stuttgarter Wöchnerinnenheims nachgewiesen hat. Ähnlich günstige Erfolge mit diesem Mittel, die auch wir, wenn auch nur aus einzelnen Fällen, in denen das Uteramin angewendet wurde, bestätigen können, werden aus verschiedenen anderen Frauenkliniken berichtet. — Um der komplexen Wirkung des Secale möglichst nahe zu kommen, sind von Jäger[1] Versuche gemacht mit einem Gemisch aus p-Oxyphenyläthylamin und β-Imidazolyläthylamin. Dabei hat sich gezeigt, daß durch Kombination dieser beiden synthetischen Produkte eine wehenverstärkende Wirkung erzielt werden konnte, die der Secalewirkung vollkommen gleichkam; und zwar genügten so geringe Dosen der beiden Komponenten, daß unerwünschte oder gar gefährliche Nebenwirkungen nicht beobachtet wurden. Jäger hielt eine Mischung von 0,0005 g β-Imidazolyläthylamin und 0,002 g p-Oxyphenyläthylamin für am geeignetsten. Diese Mengen, gelöst in 1 ccm, sind von den Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co. unter dem Namen Tenosin in den Handel gebracht.

In folgendem möchte ich nun kurz über die Erfahrungen berichten, die in der Prov.-Hebammen-Lehranstalt und Frauenklinik Magdeburg mit dem Tenosin, das uns von der Firma Bayer & Co. in dankenswerter Weise zur Verfügung gestellt wurde, gemacht sind.

[1] Jäger, Ein neuer, für die Praxis brauchbarer Secalersatz (Tenosin). Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 31.

Digitized by Google

Das Präparat wurde 50 Frauen nach der Geburt des Kindes injiziert und zwar mit einer Ausnahme, wo wir nur $^1/_2$ ccm einspritzten, jedesmal 1 ccm intraglutäal. Die Fälle wurden nicht ausgewählt, sondern in der Reihenfolge, in der sie zur Geburt kamen, zu diesen Versuchen herangezogen. 38mal wurde injiziert sofort nach der Geburt des Kindes, 12mal gleich nach Ausstoßung der Nachgeburt. In den letzteren Fällen, die je sechs Erst- und Mehrgebärende betrafen, trat mit einer Ausnahme ein prompter Erfolg ein. 2—3 Minuten nach der Injektion wurde auch in den Fällen, in welchen die Nachgeburtswehen nur mäßig gewesen waren, eine energische Kontraktion des Uterus beobachtet, die sich in Pausen von 2 bis 3 Minuten wiederholten. In der Zwischenzeit war der Uterus fest zusammengezogen, so daß der Blutverlust ein ganz geringer war. Meistens verloren die Frauen nur noch einige Tropfen Blut. Etwa $^1/_2$ Stunde nach der Injektion wurden die Nachwehen schwächer und seltener; der Uterus blieb aber fest zusammengezogen. In einem Fall wurde auf diese Weise bei einer VIIIpara, bei der die Geburt des Kindes infolge platten Beckens sehr lange gedauert hatte, eine Atonieblutung, die nach Ausstoßung der Nachgeburt auftrat, prompt zum Stehen gebracht. In einem der zwölf Fälle dieser Versuchsreihe blieb die Wirkung des Tenosins aus. Es handelte sich um eine Ipara mit Hinterhauptslage des Kindes und normalem Geburtsverlauf von nicht übermäßig langer Dauer bei guten Wehen. Auch die Nachgeburtsperiode hatte keine Besonderheiten geboten. Hier traten die Nachwehen nach Injektion des Tenosins nicht kräftiger und auch nicht häufiger auf wie ohne Wehenmittel. Eine zweite, 20 Minuten nach der ersten vorgenommene Injektion von wieder 1 ccm hatte ebenfalls keinen deutlichen Erfolg.

In der zweiten Versuchsreihe erfolgte die Injektion unmittelbar nach der Geburt des Kindes und zwar bei 22 Erst- und 16 Mehrgebärenden. Bei 30 dieser Frauen trat die erste, ausnahmslos sehr energische Wehe spätestens 4 Minuten nach der Injektion auf — nach Ahlfeld setzen die Nachgeburtswehen 5—15 Minuten nach der Geburt des Kindes ein. — Ein paarmal erfolgte die erste Wehe 1 Minute oder noch kürzer nach der Injektion. Ich möchte aber annehmen, daß diese so bald einsetzenden Wehen keine Reaktion auf das Tenosin waren, sondern daß es sich hier um zufälliges Auftreten einer normalen Nachgeburtswehe gleich nach der Injektion gehandelt hat. Dreimal trat die erste Uteruskontraktion 5 bis 6 Minuten nach der Einspritzung auf. Späteres Einsetzen der Wehen nach der Injektion haben wir nicht beobachtet, abgesehen von den Fällen, bei denen wir einen Mißerfolg zu verzeichnen hatten und auf die nachher noch eingegangen werden soll. Auf die erste Uteruskontraktion folgten regelmäßig weitere, sehr energische Wehen in Abständen von 2—3—4 Minuten, von denen die ersten 4—5 von derselben Intensität waren wie die erste, während darauf bei gleichbleibender Häufigkeit die Kraft der Wehen meisten etwas nachließ. Durchschnittlich $^1/_2$ Stunde nach der Injektion sank auch die Häufigkeit der Wehen, so daß die Wehenpausen 5 Minuten und gelegentlich auch noch etwas länger dauerten. Aber auch jetzt behielt der Uterus in der Wehenpause wie gleich nach der Injektion einen guten Tonus. Durch eine zweite Injektion, die wir $^1/_2$ Stunde nach der ersten gelegentlich versuchsweise vornahmen, gelang es leicht, von neuem Wehen von ähnlicher Häufigkeit und Stärke wie durch die erste Gabe zu erzeugen. Auch fiel die leichte Reizbarkeit des Uterus der mit Tenosin behandelten Frauen auf; ganz leichte Reibungen des Fundus, zuweilen schon ein bloßes Berühren genügten, um sehr energische Wehen hervorzurufen. Als Erfolg dieser kräftigen und häufigen Wehen nach Tenosin war eine schnelle Lösung der Nachgeburt zu verzeichnen. In $^2/_3$ der Fälle war die Nachgeburt innerhalb 9 Minuten gelöst, meistens nach

Digitized by Google

5—7 Minuten, in einzelnen Fällen auch noch früher. In den übrigen Fällen dauerte es bis zu einer Viertelstunde, in vier Fällen länger. Die längste Dauer von der gleich nach der Geburt des Kindes erfolgten Tenosininjektion bis zur Lösung der Nachgeburt betrug 25 Minuten. Hier waren zwar auch häufige und kräftige, aber nur sehr kurze Wehen aufgetreten. Die Lösung der Secundinae erfolgte stets vollständig. In keinem der mit Tenosin behandelten Fälle haben wir ein Haften- und Zurückbleiben von Eihäuten wahrgenommen, eine Erscheinung, die wir sonst — ohne Wehenmittel — trotz streng abwartender Behandlung in der Nachgeburtsperiode nicht so ganz selten zu verzeichnen hatten. Entsprechend der schnellen Nachgeburtslösung und den guten Uteruskontraktionen bewegte sich der Blutverlust um 100 g herum, in einzelnen Fällen war er noch erheblich geringer, in wenigen erreichte er $^1/_4$ l. Eine Erstgebärende verlor $^1/_2$ l Blut trotzdem hier das Tenosin sehr gut gewirkt hatte, erste Wehe 2 Minuten nach der Injektion, Nachgeburt gelöst nach 9 Minuten, ohne daß sich hier ein Grund für den stärkeren Blutverlust nachweisen ließ. — Nach der Injektion von $^1/_2$ ccm Tenosin, wie wir es in einem Falle anwandten, traten ebenfalls prompt häufige Wehen auf, auch war die Nachgeburt schnell gelöst; die Wehen waren aber deutlich schwächer, als wie wir sie nach der Injektion von einem ganzen Kubikzentimeter zu beobachten gewohnt waren. — Unter diesen 33 Fällen, bei denen das Tenosin mit Erfolg in der Nachgeburtsperiode angewandt wurde, befanden sich zwei allgemein verengte Becken mit langer Geburtsdauer und vorzeitigem Blasensprung, bei denen die Geburt spontan erfolgte, ein enges Becken kombiniert mit Gesichtslage, bei dem die Geburt durch Perforation des abgestorbenen Kindes beendet wurde, je eine Sturzgeburt, Vorderhauptslage und Steißlage, zweimal Zwillinge, dreimal Placenta praevia partialis, von denen zwei mit Metreuryse und Wendung behandelt wurden, während bei der dritten, da es sich um ein lebensunfähiges Kind handelte, ein Fuß heruntergeholt und durch den Steiß tamponiert wurde. In dem einen von diesen Fällen von Placenta praevia war bei zwei vorausgegangenen Geburten anderweits eine manuelle Placentarlösung vorgenommen worden. Schließlich kam in dieser Versuchsreihe noch ein Fall von tiefem Sitz der Placenta zur Beobachtung, bei dem nach künstlichem Blasensprung die Blutung stand.

Um sich ein richtiges Bild von der Wirkung eines Mittels machen zu können, dürfen die Mißerfolge nicht unerwähnt bleiben. Fünfmal war die Tenosininjektion ohne deutliche Wirkung. Einmal (IIpara, Hinterhauptslage, spontane Geburt) erfolgte die erste Wehe erst 10 Minuten nach der Injektion, weitere Wehen folgten in Pausen von ca. 5 Minuten und waren nicht besonders kräftig. In einem weiteren Fall (Ipara, lange Geburtsdauer infolge sekundärer Wehenschwäche) blieb gleichfalls die Wirkung aus. Hier hatte auch eine 20 Minuten später erfolgte Injektion von 1 ccm Secacornin keinen Erfolg. Bei zwei normal verlaufenen Hinterhauptslagen bei Iparis war ebenfalls keine Wirkung des Tenosins zu beobachten; die eine Viertelstunde nach der ersten Injektion erfolgte zweite wirkte in diesen beiden Fällen ebenfalls nicht. Schließlich war bei einer Ipara, bei der auf kindliche Indikation ein Forceps gemacht wurde, und bei der die Placenta in einem Uterushorn saß, der Erfolg nur ein teilweiser. Es traten zwar nach der Injektion schnell kräftige und häufige Wehen auf, die die Placenta in 6 Minuten lösten, dann blieb aber bei sehr guter Kontraktion des übrigen Uterus das Horn atonisch, so daß die infolgedessen einsetzende starke Blutung nur durch Tamponade gestillt werden konnte.

Nebenerscheinungen bedenklicher Natur haben wir nach Anwendung des Tenosins nicht beobachtet. Eine Entbundene klagte kurz nach der Injektion

Digitized by Google

auf Befragen über leichte Kopfschmerzen, die aber 10 Minuten später schon wieder vorüber waren. Bei einer anderen trat nach der Injektion eine im Verlauf einer Viertelstunde wieder nachlassende Rötung des Gesichtes auf. Dasselbe wurde beobachtet bei einer dritten Frau nach Injektion eines zweiten Kubikzentimeters. Schwere Kopfschmerzen, Herzklopfen, Erbrechen und Kribbeln in den Extremitäten, wie sie bei größeren Gaben β-Imidazolyläthylamin sehr häufig auftreten, und die auch uns veranlaßt haben, Versuche mit diesem Mittel wieder abzubrechen, sind nach Tenosin nicht vorgekommen. Eine Reaktion an der Injektionsstelle haben wir nicht gesehen.

Es ist also das Tenosin in 44 von unseren 50 Fällen mit gutem Erfolg angewendet worden, und ich möchte nach den bisherigen Erfahrungen mein Urteil über diesen Secaleersatz dahin zusammenfassen, daß es ein unschädliches, wehenverstärkendes Mittel ist, das den gebräuchlichen Secalepräparaten an Wirksamkeit mindestens gleichkommt, ja was Schnelligkeit und Stärke der Wirkung betrifft, das Secale noch übertrifft, wenn auch gelegentlich geradeso wie beim Secale Versager vorkommen. Was die Dauer der Wirkung anbelangt, so habe ich den Eindruck gewonnen, daß sie beim Tenosin im allgemeinen weniger lange vorhält wie bei den Secalepräparaten. Exakte Vergleichsdaten zum Beweise hierfür stehen mir jedoch nicht zur Verfügung.

Hinzufügen möchte ich noch, daß wir — bisher nur vereinzelt — das Tenosin auch im Wochenbett gegeben haben, und zwar dreimal täglich 20 Tropfen per os. Die Wirkung war eine befriedigende, indem kräftige Kontraktionen des Uterus beobachtet wurden, die zu einer guten Rückbildung des Organes führten. — Auch in der Behandlung von Aborten scheint das Tenosin ein brauchbarer Secaleersatz zu sein. In den wenigen Fällen, in denen wir es bisher anzuwenden Gelegenheit hatten, hörte die blutige Färbung der Lochien sehr bald auf und bildete sich der Uterus schnell zurück. Mehrmals konnten wir bei der Ausräumung von Aborten einige Minuten nach der intramuskulären Injektion von 1 ccm Tenosin eine sehr energische Dauerkontraktion des Uterus beobachten.

Neue Bücher.

1) **V. Blum (Wien). Nierenphysiologie und funktionelle Nierendiagnostik im Dienste der Nierenchirurgie und der internen Klinik.** 121 S. Preis Mk. 4,—. Leipzig u. Wien, Franz Deuticke, 1913.

Nach einer übersichtlichen Darstellung der physiologischen Grundlagen der Nierenfunktionen schildert das Buch die alten Methoden der Nierendiagnostik, deren Bedeutung für die Nierenchirurgie gering war. In ausführlicher Weise wird dann die moderne funktionelle Nierendiagnostik besprochen, die im Gegensatz zur alten Diagnostik nicht nur über die augenblickliche effektive Arbeitsleistung, sondern auch über die maximale Arbeitsfähigkeit der Nieren orientieren läßt. Durch die neue funktionelle Nierendiagnostik ist bereits der Grund gelegt für eine »topische Nierendiagnostik«, wenn auch auf diesem Gebiete die Hypothese noch vorherrscht. Das letzte Kapitel beschäftigt sich mit der Bedeutung der funktionellen Nierendiagnostik für die chirurgische und medizinische Klinik der Nierenkrankheiten und belegt die Ausführungen mit einer Anzahl von Musterbeispielen.

Das Buch ist ausgezeichnet durch eine übersichtliche Einteilung des Stoffes, durch eine klare, einfache Sprache und durch eine vorsichtig abwägende Kritik der in Frage kommenden Methoden. Es kann warm zum Studium empfohlen werden.

Bauereisen (Kiel).

Digitized by Google

Berichte aus gynäkologischen Gesellschaften.

2) Bericht über die geburtshilflich-gynäkologische Sektion des XII. Pirogow'schen Kongresses russischer Ärzte in Petersburg vom 29. Mai bis zum 5. Juni 1913.

Prof. W. S. Grusdew (Kasan): Zur Frage über Extrauteringravidität. In drei Fällen von diagnostizierter Extrauteringravidität wurde die Abderhalden'sche Reaktion mit positivem Resultate ausgeführt, wobei bei der Operation in zwei Fällen die Diagnose bestätigt wurde, in einem Falle entzündliche Veränderungen in den Adnexen gefunden wurden. Die Abderhalden'sche Reaktion hat Bedeutung für die Diagnose der Extrauteringravidität nur im Zusammenhange mit anderen Symptomen.

Im zweiten Teile seines Vortrages bespricht G. zwei interessante Fälle von Extrauteringravidität. Im ersten Falle bestand doppelseitige Extrauteringravidität; in der entfernten rechten Tube war eine 7,5 cm lange Frucht mit Placenta (letzte Menstruation vor $3^1/_2$ Monaten), in der linken vergrößerten Tube war eine mit Blutkoagula gefüllte Verdickung. Bei der mikroskopischen Untersuchung der linken Tube wurden gut entwickelte, mit Langhans'schen Zellen bedeckte Zotten gefunden. Die Schwangerschaft entwickelte sich in beiden Tuben gleichzeitig, wurde in der linken Tube abgebrochen und progressierte in der rechten. Im zweiten Falle war Torsion der schwangeren Tube in der Pars isthmica um 180°, die Gefäße waren erweitert.

N. J. Horisonton (Kasan): Zur Frage über die Diagnose der Schwangerschaft mit der Abderhalden'schen Methode. Die Reaktion wurde bei 46 Frauen, bei 5 Frauen wiederholt, also 51mal ausgeführt. 38mal nach der alten Dialysiermethode und 8mal nach der verbesserten. Bei 13 Schwangeren im 1. bis 6. Monat, bei 2 Kreißenden und einem Falle von Extrauteringravidität war die Reaktion positiv. Im Puerperium (acht Wöchnerinnen) war die Reaktion bis zum 12. bis 13. Tage positiv, dann wird sie schwächer ausgesprochen; nach Aborten (drei Fälle) verschwindet sie nach 5—6 Tagen. Von 21 Fällen, wo die Schwangerschaft durch Ausschabung, Uterusexstirpation oder klinische Beobachtung ausgeschlossen wurde, war die Reaktion in 63% der Fälle positiv. H. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Die mittels des Dialysierverfahrens ausgeführte Reaktion hat in ihrer Methode sehr viele schwache Seiten, wie nicht spezifische Empfindlichkeit des Nynhydrids für Peptone, Unbeständigkeit der Dialysationsmembranen usw. 2) Die Reaktion gibt fast beständig positive Resultate bei Schwangeren, auch bei Wöchnerinnen in den ersten 12 Tagen des Puerperiums nach spontanen Geburten. 3) Bei Nichtschwangeren, besonders bei Frauen mit entzündlichen Erkrankungen der Adnexe werden oft positive Resultate erhalten. 4) Aus diesen Gründen kann die Reaktion als differentialdiagnostisches Mittel zwischen Extrauteringravidität und entzündlichen Erkrankungen der Adnexa nicht dienen.

A. N. Orlow (Wologda): Zur Ätiologie der Extrauteringravidität. Die Bedeutung der Puerperalerkrankungen in der Ätiologie der Extrauteringravidität ist daraus deutlich, daß unter 47 Frauen nur 8 nicht geboren haben; unter den letzten wurden nur bei einer die Adnexe der anderen Seite und die Appendix gesund gefunden. Unter den Frauen, die früher geboren haben, wurden in 18 Fällen Veränderungen in den Tuben, in 11 Fällen in den Tuben und im Appendix und in 3 Fällen Neubildungen in den Adnexen der anderen Seite gefunden; nur in

Digitized by Google

6 Fällen (12,7%) waren Adnexe der anderen Seite, Appendix und Beckenperitoneum normal; diese sechs Frauen waren in der Laktationsperiode. In allen diesen Fällen endete die Geburt mit Ruptur in sehr frühem Stadium. Bei drei wurde später normale Uterinschwangerschaft beobachtet. Infolge dieser Beobachtungen meint O., daß die häufigsten Ursachen der Extrauteringravidität Erkrankungen der Adnexe und des Beckenperitoneums sowie die sekundären Veränderungen im Appendix sind. In Fällen mit normalen Adnexen liegt die Ursache im Ei selbst, oder die Extrauteringravidität erfolgt infolge der Laktationsatrophie der Tuben. Was die Behandlung betrifft, so gibt O. der Laparotomie per abdomen den Vorzug, befreit wo möglich die Bauchhöhle vom Blute und peritonisiert sorgfältig den Stumpf.

O. S. Sserebrennikowa (Petersburg): Ein Fall von Ovarialschwangerschaft. Bei einer wegen progressiver Extrauteringravidität ausgeführter Laparotomie bei einer 28 jähr. Pat., die früher dreimal geboren hatte, wurde das Fruchtei mit einer 5 cm langen Frucht im hinteren Douglas'schen Raume gefunden. Rechte Tube und Adnexe linkerseits normal; rechtes Ovarium mandarinengroß, hat eine mit Blutgerinnseln gefüllte Höhle; im freien Ende befindet sich die einige Zentimeter lange Ruptur. Die Höhlenwand besteht aus Ovarialgewebe mit Follikeln und Corpus luteum. Die Zotten sind von Epithel mit reicher deciduáler Reaktion begrenzt. Es handelt sich in diesem Falle mit großer Wahrscheinlichkeit um eine primäre Ovarialschwangerschaft.

Prof. D. J. Schirschow (Petersburg) teilt mit, daß in seiner Klinik die Abderhalden'sche Reaktion von O. S. Parssamow ausgeführt wurde. In allen Fällen von normaler und Extrauteringravidität war die Reaktion positiv. Auch bei Nichtschwangeren und bei Männern war nicht selten die Reaktion positiv. Doch will er nicht leugnen, daß die Reaktion für Schwangerschaft spezifisch ist.

Nach den Vorträgen über das zweite Verhandlungsthema: »Artefizieller Abort« von L. G. Litschkuss, J. W. Grün, der Kommission für den Kampf mit dem artefiziellen Abort bei der medizinischen Gesellschaft zu Omsk (Schriftführer W. K. Porembsky), J. E. Wigodsky und nach der Diskussion, an der sehr viele Mitglieder teilnahmen, wurde von der Sektion folgende Resolution aufgenommen: 1) Die Mutter darf für den artefiziellen Abort nicht verfolgt werden. 2) Auch müssen die Ärzte von Verantwortung befreit werden, wenn sie den Abort laut dringender Bitte der Mutter ausführen. Als Ausnahme von dieser Regel müssen die Ärzte, die den artefiziellen Abort aus Habsüchtigkeit zur Profession machen, dem Gericht der Ärztekammer unterliegen.

N. J. Nemenow (Petersburg): Die Röntgenstrahlen in der Gynäkologie. Die Anwendung von Röntgenstrahlen ist hauptsächlich bei Fibromyomen und bei Blutungen in präklimakterischer Periode indiziert. Starke Anämie und Myomherz sind keine Kontraindikationen. Nur bei submukösen Myomen ist die Behandlung absolut kontraindiziert. Bei bösartiger Degeneration der Myome ist Anwendung kleiner Dosen kontraindiziert, da sie ein intensives Wachstum der Tumoren hervorrufen können. In diesen Fällen muß Behandlung mit großen Dosen nach Gauss angewendet werden. Während der Behandlung wurden vom Verfasser Dosen von 50 bis 200 X angewendet. Es wurden 1 submuköses Myom ohne Besserung und 26 subseröse und interstitielle Myome mit Heilung in 25 Fällen behandelt. Unter Heilung versteht N. Aufhören der Blutung, Wiederherstellung der normalen Zusammensetzung des Blutes, Verschwinden der Erscheinungen seitens des Herzens und der Nieren und der Schmerzen. Der Tumor verschwand

Digitized by Google

in 4 Fällen, wurde bedeutend kleiner in 21 Fällen. Irgendwelche Komplikationen, wie starke Blutungen, Hautverbrennung und Ausfallerscheinungen wurden nicht beobachtet. Dauer der Beobachtungen bis zu 5 Jahren. Außerdem wurden mit relativ gutem Resultat ein Fall von mit Adenokarzinom kompliziertem Myom und einige Fälle von Uteruskarzinom behandelt.

L. A. Kriwsky (Petersburg) meint, daß die Indikationen zur Behandlung der Myome mit Röntgenstrahlen erweitert werden müssen. Man muß versuchen, mit ihnen sarkomatös degenerierte Myome zu behandeln.

A. A. Anufriew (Petersburg). Es sind drei Todesfälle infolge Verstärkung der Blutung nach Durchleuchtung beschrieben. Es ist interessant zu wissen, wie oft Rezidivblutungen beobachtet wurden.

Prof. D. J. Schirschow (Petersburg), der die vom Referenten behandelten Kranken beobachtet hatte, bestätigt, daß die Blutungen aufhören und die Tumoren zuweilen verschwinden. Als negative Erscheinungen der Behandlung sind 1) Verstärkung der Blutung nach den ersten Durchleuchtungen; 2) stark und deutlich ausgesprochene Ausfallerscheinungen; 3) Wirkung der X-Strahlen auf gesunde Tuben, zuweilen Bildung von Hämatosalpinx; 4) Verschwinden der Ovarialsekretion; 5) Möglichkeit der sekundären bösartigen Degeneration des Tumors nach scheinbarer Heilung. Darum müssen mit Röntgenstrahlen nur diejenigen Fälle, wo Pat. kategorisch die Operation verweigern, behandelt werden, In den vernachlässigten Fällen ist die Operation unter Hedonalnarkose vorzuziehen. Unzweifelhaft ist es zweckmäßiger, den Tumor zu entfernen und die Ovarien zurückzulassen, als die Tätigkeit der Ovarien auszuschließen und den Tumor zurückzulassen.

N. J. Nemenow (Schlußwort). Die Todesfälle kamen nur in der ersten Zeit der Anwendung der X-Strahlen vor. Seit dieser Zeit sind 8000 Fälle ohne Todesfall publiziert.

A. S. Domaschewicz (Wilna): Zur Frage über Blutstillung bei Myomen. In 28 Fällen wurden intrauterine Injektionen mit 90° denaturiertem Spiritus angewendet. Die Injektion wurde mittels eines elastischen Katheters Nr. 5—16 je nach der Größe des Cervicalkanals ausgeführt. Zuweilen wurde auch die Vagina tamponiert. Die Injektion wurde täglich ausgeführt, Maximum 30mal. Schmerzen und irgendwelche Komplikationen wurden nicht beobachtet. Die Blutung sistiert gewöhnlich im Laufe von 3 Monaten bis 3 Jahren. Der Allgemeinzustand der Kranken wird besser, die Herzsymptome verschwinden. Die Injektionen können nicht die Operation in Fällen, wo schnelle und radikale Heilung nötig ist, ersetzten, müssen aber bei allen schwachen Kranken als Vorbereitung zur Operation angewendet werden.

Prof. W. S. Grusdew (Kasan): Zur Pathologie und Therapie der Atresia ani vaginalis. Bei einer 18jähr. Pat. mit angeborenem Defekte wurde die Operation ausgeführt. Es wurde das Perineum durchschnitten, das Rektum bis zum Promontorium abpräpariert und auf der Stelle der analen Öffnung fixiert. Zusammen mit dem Rektum muß auch ein Teil der Vaginalwand durchschnitten werden, da in ihr der M. sphincter tertius sich befindet. Der unter der Haut liegende M. sphincter ani darf nicht verletzt werden. Glatter Verlauf, funktioneller Erfolg günstig.

P. N. Tschunichin (Charkow): Zur Frage über Abort. Die Aborte unter der armen Bevölkerung Charkows nehmen an Zahl schnell zu. Die Ursachen dieser Erscheinung sind: 1) Vergrößerung der Erkrankungen der Frauen infolge Verschlimmerung der Lebensbedingungen und professioneller Arbeiten; 2) Ver-

Digitized by Google

größerung der Zahl der kriminellen Aborte, die wegen Teuerung der Lebensmittel und aus anderen sozialen Ursachen ausgeführt werden. Die Zahl der unfruchtbaren Frauen verminderte sich im Laufe der letzten 25 Jahre. In sehr vielen Fällen führen die Frauen sich selbst Nadeln, Sonden, Laminaria usw. in die Gebärmutter ein. Strafmaßregeln können nicht auf die Verminderung der Epidemie wirken, da die Ursachen in sozialen Gründen unseres Lebens liegen.

W. P. Fedorow (Petersburg): Zur Frage über die Behandlung des Abortes. Während der letzten drei Jahre waren im Petri-Paul-Hospital zu Petersburg 7720 Geburten und 3624 Aborte behandelt. In 98% der Fälle wurde die Ätiologie der Aborte nicht genau aufgeklärt. In drei Fällen wurden in der Bauchhöhle Bougies gefunden. Von den Aborten fieberten 37%. Allgemeinmortalität nach Aborten 1,1%, in fiebernden Fällen 4%. Die Therapie war aktiv in 86% der Fälle, in 5% digitale Ausräumung, in 9% keine Operation, da sie nicht nötig war. Sofort nach der Operation war die Hälfte der Pat. fieberfrei, am 6. Tage fieberte noch 6% der Fälle. Im letzten Jahre wurde in 211 Fällen der Versuch der exspektativen Therapie nach Winter gemacht. Die Erfolge waren ungünstiger, als bei der aktiven Therapie; in den meisten Fällen mußte schließlich doch die Operation ausgeführt werden. M. Gerschun (Kiew).

Zeitschriften.

3) Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. LXXIV. Hft. 1, zugleich Festschrift für W. A. Freund.

1) Heinrich Bayer (Straßburg i. E.). Über Blasensprung und Blasenstich und über die Strikturen der Cervix.

Die künstliche Eröffnung der Blase bei der Geburt ist als eine selbständige Operation mit bestimmten Indikationen und Bedingungen zu betrachten. Allgemein werden drei Indikationen als zwingende für das Sprengen der Blase nach eröffnetem äußerem Muttermunde angesehen: Wehentenesmus, Blutungen und Sichtbarwerden der Eispitze in der Vulva. Weniger bekannt sind die Indikationen und Bedingungen für das künstliche Sprengen der Blase vor Eröffnung des Orific. externum. Sie finden daher eine eingehende Besprechung, indem Verf. der Reihe nach den Einfluß des Blasenstiches auf die Wehentätigkeit — unter Beifügung seiner Anschauungen über die Entwicklung des unteren Uterinsegments und seiner Anomalien — auf die Widerstände von seiten der Weichteile und des knöchernen Beckens, auf das Kind und endlich auf die Nachgeburtsperiode erörtert. Die geistvollen Ausführungen lassen durchweg den scharfen Beobachter am Kreißbett und den hervorragenden Forscher erkennen, sie sind zum kurzen Referat ungeeignet und deshalb im Original zu studieren.

2) H. Fehling (Straßburg i. E.). Der Geburtenrückgang und seine Beziehung zum künstlichen Abort und zur Sterilisierung.

Durch eine Reihe von Maßnahmen können die deutschen Ärzte auch ihren Anteil zur Bekämpfung des Geburtenrückganges im deutschen Reich und damit zur Hebung der Wehrkraft späterer Jahrzehnte beitragen.

In dieser Beziehung spielt eine Rolle der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten, besonders die Gonorrhöe, deren verderbliche Bedeutung für die Sterilität der Ehe ja allgemein bekannt ist. Der Heiratskandidat, der früher eine Gonorrhöe durchgemacht hat, ist von einem Spezialisten nicht bloß auf Heilung der früheren Erkrankung, sondern auch auf etwaige Azoospermie zu untersuchen.

Als ein wichtiger Faktor ist ferner die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit

Digitized by Google

anzusehen. Geradezu als eine Schande muß man es bezeichnen, daß das hochstehende deutsche Reich mit der Sterblichkeit der Kinder im 1. Lebensjahre an der Spitze steht und lediglich von Rußland übertroffen wird. Immer von neuem haben die Geburtshelfer auf die Bedeutung des Stillens für die Kinder hinzuweisen. Wie groß der Nutzen einer sachgemäßen Beaufsichtigung des Ziehwesens ist, zeigt das Beispiel von Straßburg, wo in den letzten Jahren die Sterblichkeit der unehelichen Kinder des 1. Lebensjahres kleiner war als die der ehelichen.

Bedeutungsvoll mit bezug auf den Geburtenrückgang ist schließlich auch die allgemein beobachtete Zunahme der Aborte, besonders der kriminellen. Die Ärzte haben die Pflicht, laxe Indikationen zur Einleitung des künstlichen Aborts besonders auch die soziale Indikation ganz auszuschließen. F. schließt an die Operation des künstlichen Aborts bei Lungentuberkulose und bei Herz- und chronischen Nierenkrankheiten stets die Sterilisierung an, während er bei Schwangerschaftsunterbrechung wegen Psychose dann von der Sterilisierung absieht, wenn es sich um eine vorübergehende psychische Erkrankung handelt.

3) Hermann Freund (Straßburg). Zur Ätiologie der Uterusmyome.

Verf. hat unter 500 von ihm wegen Uterusmyom laparotomierten Frauen 200 Myomfälle mit Rücksicht auf die vorliegende Arbeit besonders sorgfältig klinisch untersucht, den Status, die Operationsgeschichte und die histologischen Einzelheiten persönlich festgelegt und die histologischen Ergebnisse an maßgebender Stelle im pathologischen Institut besprochen. Auf Grund dieses Materials stellt er die folgenden Schlußsätze auf.

Nicht nur Adenomyome, sondern auch gewöhnliche Kugelmyome können sich aus epithelialen Keimversprengungen entwickeln. Die epithelialen Elemente können unter dem Wachstum und Druck des Tumors zugrunde gehen, so daß bei der mikroskopischen Untersuchung von ihnen nichts mehr zu merken ist. Disponiert zu Myom- und zu Tumorbildung überhaupt sind mangelhaft gebildete und entwickelte Uteri, besonders der Uterus duplex, der außerdem häufiger vorzukommen scheint als bisher angenommen wurde. Die gleiche Disposition ist bei allgemeinen Konstitutionsanomalien, Chlorose, Hämophilie, angeborener Rachitis oder Tuberkulose gegeben, unter denen dem Infantilismus die größte Bedeutung zuzuschreiben ist.

4) H. Fleurent (Colmar i. E.). Über Zangenanwendung in der Privatpraxis.

Verf. hat unter im ganzen 283 geburtshilflichen Fällen der ersten 10 Jahre seiner Privatpraxis 71 Zangenoperationen ausgeführt, und zwar 49 bei Erst- und 22 bei Mehrgebärenden. 4mal handelte es sich um hohe, 14mal um Mittel- und 53mal um Ausgangszangen. Die mütterliche Mortalität nach der Operation betrug 0, die kindliche 2,6%. Der geübte Geburtshelfer kann in der Privatpraxis die Anlegung der Zange bei tiefstehendem Kopf auch aus relativer Indikation nicht umgehen, während schwierige und atypische Zangenoperationen nur bei Gefahr für Mutter oder Kind vorzunehmen sind.

5) L. Fraenkel (Breslau). Ovulation, Konzeption und Schwangerschaftsdauer.

F. hat in einer früheren Arbeit gezeigt, daß die Ovulation in das Intermenstruum fällt, und daß meistens 19 Tage vor Eintritt der Menstruation ein junges Corpus luteum nachzuweisen ist.

Zur Entscheidung der Frage, ob das Ei sogleich nach der Ovulation oder erst nach der folgenden Menstruation befruchtet wird, wurden die letzten 16 Jahrgänge der poliklinischen Journale mit dem Ergebnis nachgesehen, daß unter rund

Digitized by Google

10 000 Frauen 109 gefunden wurden, die nach Amenorrhöe konzipierten, und zwar 74 ohne Menstruation, 35 nach einer Menstruation.

Da die nullimenorrhoisch Geschwängerten so sehr über die unimenorrhoisch konzipierten überwiegen, so ist zu folgern, daß die Konzeption dicht nach der Ovulation erfolgte.

Muß man also auf Grund dieser Zahlen annehmen, daß dicht nach der Ovulation, also bei den regelmäßig menstruierten Frauen längere Zeit nach Eintritt der letzten Periode erst die Imprägnation stattfindet, so beträgt die Dauer der Schwangerschaft 12 Tage weniger als bisher angenommen wurde.

6) Richard Freund (Berlin). Über Schwangerschaftstoxikosen (Dermatosen, Hyperemesis, Eklampsie) und ihre Behandlung mit Serum und Ringer'scher Lösung.

Zunächst werden sämtliche mit Serumtherapie behandelten Fälle von Graviditätstoxikosen, und zwar sowohl die in der Literatur veröffentlichten als auch Verf.s eigene Beobachtungen, die dem Materiale der Charité-Frauenklinik entstammen, in kurzem Auszuge mit den erzielten Ergebnissen zusammengestellt. Zur Anwendung gelangten Schwangerenserum, Pferdeserum und Ringer'sche Lösung: bei Dermatosen mit 34 Heilungen unter 35 Fällen, ferner bei Hyperemesis mit 8 Heilungen unter 10 Fällen; Schwangerenserum und Pferdeserum bei Eklampsie mit 10 Heilungen und 2 Todesfällen unter 12 Beobachtungen.

Auf Grund dieser Ergebnisse kommt Verf. zu dem Schluß, daß in allen Fällen von Schwangerschaftsdermatosen und Hyperemesis zunächst eine, wenn nötig 2—3mal zu wiederholende, subkutane Infusion von ca. 200 ccm steriler Ringerscher oder Locke'scher Lösung vorzunehmen und erst bei Versagen dieser Therapie zur Serumbehandlung (subkutan oder intravenös ca. 20 ccm Pferde- oder Menschenserum) überzugehen ist. Abzuwarten ist es, ob diese Maßnahmen auch bei Eklampsie Erfolge erzielen werden — abgesehen jedenfalls von deren schwerster Form mit hämorrhagischer Diathese, die regelmäßig zum Tode führt —, da diese Toxikose im Gegensatz zu den genannten anderen durch einen viel akuteren Verlauf ausgezeichnet ist.

7) F. Fromme (Berlin). Über Harnröhrendivertikel.

Mitteilung der Krankengeschichten von zwei durch Operation geheilten Kranken, die nach vorausgegangener Entbindung über Incontinentia urinae klagten. Beide Male fand sich als Ursache des Leidens ein mit stinkendem Eiter gefülltes Harnröhrendivertikel, in das bei der einen Kranken ein überzähliger Ureter von hinten her einmündete. Mehr wie bisher ist bei Klage über Inkontinenz nach Geburten auf derartige Urintaschen der Harnröhre zu achten.

8) D. v. Hansemann (Berlin). Über präcanceröse Krankheiten.

Indem Verf. an das Wort von W. A. Freund anknüpft: »Von der Krebskrankheit kennen wir eigentlich nur den fünften Akt des Dramas, während die vier anderen so gut wie unbekannt sind«, sucht er auf Grund seines eigenen, durch vieljährige Beobachtung erworbenen kasuistischen Materials einiges Licht über die vier ersten Akte des Trauerspiels zu verbreiten. Näheres ist im Original nachzulesen.

9) C. Hart (Berlin-Schöneberg). Konstitution und Krankheit. (Mit besonderer Berücksichtigung des weiblichen Genitalapparates.)

Krankheit findet ihre Entstehungsbedingungen mindestens in gleichem Maße wie in der Außenwelt auch in dem Organismus selbst, in seiner Konstitution und Disposition. Unter Konstitution hat man eine kongenitale Eigenart zu verstehen, die intrauterin erworbene, traumatische oder sonstige krankhafte

Digitized by Google

Störungen ausschließt. Die Disposition aber muß nicht Konstitution sein, sie kann erworben werden, die Konstitution im wahren Sinne nie. Eine abnorme Konstitution kann ihren sicht- und schätzbaren Ausdruck finden in einem bestimmten körperlichen Habitus, in bestimmten funktionellen Eigenschaften, wie es z. B. bei dem phthisischen Habitus der Fall ist.

Besonders geeignet ist der Genitalapparat des Weibes, um eine konstitutionelle Eigenart des Individuums, einen bestimmten Habitus zum Ausdruck zu bringen. Zu erwähnen ist hier die Ausprägung der sekundären Geschlechtsmerkmale, wie sie der Eintritt der Pubertät hervorruft. Bleiben diese Zeichen der Körperreifung aus, so entwickelt sich der Infantilismus in seiner vollendetsten äußeren Form, aus der wir Rückschlüsse auf die Entwicklung innerer Organe ableiten können. Bei dieser Abhängigkeit der Körperentwicklung vom Genitalapparat handelt es sich nicht um eine primäre Unterentwicklung der Keimdrüsen mit Folgeerscheinungen auf den ganzen Organismus, sondern um dieselbe primäre Krankheitsanlage, die in dem Genitalapparat und zugleich in dem allgemeinen Habitus in Erscheinung tritt.

Der weibliche Genitalapparat ist aber nicht bloß in seinem anatomischen Zustande als Merkmal einer besonderen Konstitution von Bedeutung, er bedingt auch infolge der entsprechend gestörten funktionellen Leistungsfähigkeit Krankheitserscheinungen, die weit über die Genitalsphäre hinausreichen. So machen sich bei konstitutionell minderwertigen weiblichen Wesen Äußerungen dieser Minderwertigkeit nicht selten während der Menstruation geltend und führen zu mehr oder minder schweren psychischen Störungen, manchmal sogar zum Selbstmord.

10) Eugen Hollaender (Berlin). Colon mobile und Ileocoecaltuberkulose.

Bei der Laparotomie eines in mittleren Jahren stehenden Herren fand H. einen tuberkulösen Ileocoecaltumor mit armdicker Erweiterung des letzten, 1 m langen Ileumstumpfes, mit starker Infiltration der Darmwand und starrwandiger Stenose der Ileocoecalklappe auf Einmarkstückgröße. Außerdem aber bestand ein sehr ausgesprochenes, offenbar angeborenes Colon mobile. Da ein bei eröffneter Bauchhöhle auftretender schwerer Kollaps des Kranken die Beendigung der Operation erforderte, so wurde das Coecum an normaler Stelle fixiert ohne sonstigen Eingriff. In der Rekonvaleszenz ließen die vor der Operation vorhandenen heftigen Darmkoliken allmählich mehr und mehr nach und hörten schließlich ganz auf; noch 3 Jahre post operat. lebte der Kranke.

Der Fall beweist, daß die operative Wiederherstellung möglichst normaler mechanischer Verhältnisse ganz im Sinne der Anschauung W. A. Freund's einen Weg zur Besserung bzw. Heilung tuberkulös erkrankten Gewebes darstellt.

11) Karl Holzapfel (Kiel). Tod des Kindes durch einen wahren Nabelschnurknoten.

Von einer 24jährigen gesunden Ipara wurde nach 6stündiger Geburtstätigkeit ein 51 cm langes, totes, leicht mazeriertes Kind geboren. Die 118 cm lange Nabelschnur zeigte in der Mitte einen fest zugezogenen, wahren Knoten, der proximal von dem Knoten gelegene Abschnitt der Nabelschnur war stark ödematös und blutig imbibiert, der distale Teil war blaß und bedeutend dünner.

12) Karl Holzapfel (Kiel): Zur Technik der tubaren Sterilisierung.

Beschreibung der vom Verf. geübten Technik bei dauernder oder temporärer Tubensterilisierung.

Digitized by Google

13) J. Klein (Straßburg i. E.). Die Operation von Totalprolapsen nach W. A. Freund, ihre Modifikationen, ihr Schicksal.

K. hat im Verein mit H. Freund stets an der W. A. Freund'schen, von ihm in einigen Punkten wesentlich vereinfachten, Prolapsoperation festgehalten und seit seiner letzten Publikation im Jahre 1903 weitere 44 Fälle operiert, so daß er jetzt über ein Material von 54 Operationen verfügt. Die älteste Kranke war 75, die jüngste 45 Jahre alt; nur 2 Rezidive und 1 der Operation nicht zur Last fallender Todesfall kamen zur Beobachtung.

Die hauptsächlichsten Vorteile der Operationsmethode bestehen einmal in der Kürze der für ihre Ausführung erforderlichen Zeit, so daß selbst die schwächsten Frauen diesem wenige Minuten dauernden, unblutigen Eingriffe unterworfen werden können, ferner in der schnellen und glatten Heilung: schon am 12. bis 14. Tage können die Kranken die Anstalt verlassen, und endlich in der Sicherheit vor einem Rezidiv trotz Unterlassung jeglicher Dammplastik.

14) H. Kraft (Weißer Hirsch). Die Entwicklung des Drehreflexes am Neugeborenen.

Unter Drehreflex hat man die Auslösung eines Reflexes bei passiven Drehbewegungen am Neugeborenen zu verstehen, der Kopf und Augen des Kindes zunächst die der Drehrichtung gegensinnige Eigenbewegung ausführen läßt, während als Nachreaktion nach Aufhören der ursprünglichen Drehrichtung eine ihr gleichsinnige Eigenbewegung von Kopf und Augen nachfolgen kann, aus der erst wieder der endgültige Rückgang in die Normalstellung zustande kommt. In dem Drehreflex ist der Ausdruck der Bedeutung der Bogengänge für unser allmählich entwickeltes Orientierungsvermögen über die Richtung passiver Drehbewegungen zu erblicken. Eine beigefügte Tabelle über die Einzelversuche bei 47 Neugeborenen läßt erkennen, wie sich die beobachteten Drehreflexe bei den verschiedenen Kindern während der Beobachtungszeit zeigten oder entwickelten.

15) A. Laqueur (Berlin). Zur Anwendung der physikalischen Therapie bei gynäkologischen Erkrankungen.

In der Arbeit werden kurz die Erfahrungen mitgeteilt, die an Pat. der gynäkologischen Abteilung des Rudolf Virchow-Krankenhauses, soweit sie dem hydrotherapeutischen Institut überwiesen wurden, im Laufe von 6 Jahren gesammelt wurden. Die Gesamtzahl der Kranken wird in zwei große Gruppen geteilt. Die erste Gruppe umfaßt die Fälle von Adnexerkrankungen und sonstigen organischen Veränderungen der Unterleibsorgane, die natürlich erst nach Ablauf der akuten Erscheinungen und Entfieberung zur Behandlung kamen. Zur Anwendung gelangten die lokale Heißluftbehandlung des Unterleibes, der Glühlichtbügel, heiße Sitzbäder, Fangoumschläge. Unter 93 verwertbaren Fällen war bei 76 Kranken eine subjektive und bei 39 Kranken zugleich eine objektive Besserung zu konstatieren. Die zweite Gruppe der Erkrankungen betrifft die verschiedenartigsten Krankheitsformen, die gewöhnlich als Neurasthenia sexualis bezeichnet werden. Bei ihnen wurden neben roborierenden Maßnahmen vor allem hydrotherapeutische Prozeduren mit ableitendem Grundprinzip angewendet.

16) G. Lindemann (Hannover). Die chronische Blinddarm- und Dickdarmentzündung.

Häufig wird eine Kombination von chronischer Blinddarmentzündung mit chronischer Dickdarmentzündung beobachtet. Von der chronischen Dickdarmentzündung kann man sich kein klares pathologisch-anatomisches Bild machen, ihre klinischen Erscheinungen lassen eine so erhebliche Ähnlichkeit mit der chronischen Blinddarmentzündung erkennen, daß man die chronische Eutzündung

Digitized by Google

des Wurmfortsatzes geradezu als eine Teilerscheinung des erkrankten Dickdarms aufzufassen hat. Der Wurmfortsatz ist nicht bloß als ein einfaches Anhängsel, sondern als ein integrierender Teil des Dickdarms anzusehen. Mit der Diagnose chronische Blinddarmentzündung ist die Untersuchung nicht beendigt, es gilt vielmehr in jedem Falle festzustellen, welche Abschnitte des Dickdarms gleichzeitig in Mitleidenschaft gezogen sind und einer Behandlung bedürfen.

17) G. Linkenheld (Barmen). Beitrag zur Beurteilung postoperativer Beschwerden nach Laparotomien.

Bei postoperativen Beschwerden denkt man zunächst immer an Adhäsionsbildungen im Abdomen und erst in zweiter Linie an eine falsche Indikationsstellung zur Operation. Von jeher hat man aber den Verwachsungen der Abdominalorgane untereinander und mit dem parietalen Peritoneum eine allzu große Bedeutung beigelegt. Auch Netzadhäsionen können Beschwerden hervorrufen, müssen es aber nicht in jedem Falle tun. Von Bedeutung sind nur diejenigen Adhäsionen, die zur Verengerung des Magen-Darmtraktus oder eines anderen Hohlorgans führen, und die einen zerrenden Zug am Mesenterium ausüben. Um jede postoperative Adhäsionsbildung zu vermeiden, ist außer peinlicher Asepsis das Übernähen aller wunden Stellen der Bauchhöhle mit Peritoneum als bedeutungsvoll anzusehen.

Die Indikationsstellung zur Operation hat sich vor allem auf eine richtige Diagnose zu stützen. Durch die Diagnose ist festzustellen, einmal ob an den Unterleibsorganen überhaupt pathologische Veränderungen vorhanden sind, und, ist es der Fall, ob auf sie die Beschwerden der Kranken zurückzuführen sind. Beispiele aus der praktischen Tätigkeit des viel erfahrenen Autors zeigen die Richtigkeit dieser Anschauungen.

18) A. Mackenrodt (Berlin). I. Zur Behandlung hoher Harnleiterverletzungen.

Kurz mitgeteilte Fälle zeigen, daß M. wiederholt vorübergehende Ureterverletzungen nach Operationen beobachtet und nachuntersucht hat. Nach Anwendung sehr verschiedenartiger Behandlungsmethoden der hohen Ureterverletzungen faßt er seine Meinung dahin zusammen, daß bei sicher normal funktionierender anderer Niere die Exstirpation der zum verletzten Ureter gehörenden Niere als das beste Mittel anzusehen ist. Ist die Leistungsfähigkeit der zurückbleibenden Niere nicht absolut sicher, so empfiehlt er, den verletzten Ureterstumpf lumbalwärts durchzuführen und ihn erst später nach Beseitigung der ersten Gefahr zu schließen, die Niere zu atrophisieren oder — je nachdem — zu exstirpieren.

II. Zur Behandlung von Defekten und Verletzungen des Blasenhalses und des Sphincter urethrae.

M. hat in einer Reihe von Fällen bei Defekt des Blasenhalses mit verloren gegangenem Blasenverschluß das W. A. Freund'sche, von ihm modifizierte Verfahren angewendet, den starren Blasendefekt durch den Uterus als Füllmaterial zu schließen. Die Erfolge waren günstig, so daß für verzweifelte Fälle von großem Defekt diese Methode zu empfehlen ist.

19) Robert Meyer (Berlin). Die Entzündung als Entstehungsursache ektopischer Decidua oder Paradecidua.

Eine Decidua ist dann ektopisch, wenn sie sich aus solchen Geweben bildet, die normal keine oder wenigstens keine allgemein verbreitete derartige Fähigkeit besitzen. Lediglich der Korpusschleimhaut kommt sowohl bei intra- als bei extrauteriner Gravidität die Fähigkeit der Deciduabildung zu, jede Deciduaentwicklung an einer anderen Körperstelle ist daher als ektopisch zu bezeichnen.

Digitized by Google

Ektopische Deciduaentwicklung findet sich, wie Verf.s eigene Untersuchungen oder Mitteilungen der Literatur zeigen, im Ovarium, an den Ligamenten, auf der Serosa, in der Schleimhaut der Tuben, der Cervix, in Cervicalpolypen, in Adenomyomen und bei heterotopen Epithelwucherungen. Mikroskopische Untersuchungen lassen erkennen, daß die Ursache der Entstehung einer ektopischen Decidua, wenn nicht immer, so doch sicher in der Mehrzahl der Fälle in einer vorausgegangenen Entzündung der Serosa zu suchen ist.

20) Robert Muellerheim (Berlin). Diagnostische Schwierigkeiten bei Abdominaltumoren.

Becken- und Bauchorgane sind durch vielfache Beziehungen untereinander verknüpft. Der Gynäkologe muß daher nicht bloß die Diagnostik der Unterleibsorgane des Weibes, sondern die gesamte Bauchchirurgie beherrschen. Sieben, zum Teil außerordentlich lehrreiche Beobachtungen aus M.'s Praxis zeigen einmal die großen Schwierigkeiten, die sich der Differentialdiagnose bei abdominellen Tumoren gelegentlich gegenüberstellen können, und andererseits auf welche Weise es Verf. gelang, diese komplizierten Krankheitsbilder nach allen Richtungen teils mit, teils ohne Operation aufzuklären.

21) M. Muret (Lausanne). Zur Symptomatologie der Blasen-Scheidenfisteln.

M. hat bei vier Kranken, von denen die erste der Straßburger Klinik noch unter W. A. Freund's Leitung, die anderen seiner eigenen Praxis entstammten, die Beobachtung gemacht, daß in gewissen Fällen von Blasen-Scheidenfisteln mit partieller Inkontinenz der Urin beim willkürlichen Wasserlassen nicht per urethram, sondern per vaginam entleert wird. Die Erscheinung war in einem Falle darauf zurückzuführen, daß es sich um eine kleine Fistel handelte, und die Kranke bei voller Blase durch die Anstrengung der Bauchpresse und die Kontraktion der Blasenwände leichter die kleine Fistel als den Sphincter vesicae zu überwinden vermochte, während in allen übrigen Fällen die Fistel mit Hilfe der Beckenmuskulatur (Levator ani) willkürlich verkleinert, und auf diese Weise der Urin zurückgehalten wurde.

22) Emil Ries (Chicago). Zur Ätiologie periodischer und alternierender Ovarialschwellungen.

Der obige Symptomenkomplex mit zeitweise auftretender Schwellung der Ovarien bis zu Gänseei- und Faustgröße wurde von R. bei zwei Kranken beobachtet, die nach langdauernder, zum Teil mehrjähriger, konservativer Behandlung von ihm durch Leibschnitt operiert wurden. Als Ursache der Eierstocksvergrößerung wurden im ersten Falle Corpus luteum-Cysten verschiedener Varianten in den exstirpierten, aus zahlreichen Verwachsungen gelösten Ovarien nachgewiesen, während im zweiten Falle die Tuben abgetragen, die makroskopisch wenig veränderten Eierstöcke aber nach Durchtrennung umgebender Adhäsionen zurückgelassen wurden.

Die periodischen Eierstocksschwellungen sind wahrscheinlich mit den perioophoritischen Adhäsionen in Zusammenhang zu bringen. Durch die Adhäsionen werden die Vorgänge der normalen Eiabstoßung gehindert, es bilden sich in den Ovarien Cysten, die schließlich eine solche Größe erreichen, daß die Adhäsionen nachgeben, und der seröse Cysteninhalt in die Bauchhöhle entleert wird.

23) Walter Ruehle (Elberfeld). Beitrag zum Verhalten der regionären Lymphdrüsen und des Ureters beim Carcinoma colli uteri in graviditate.

Bei einer 35jährigen VIIgebärenden, die hoch fiebernd und mit starken Blu-

Digitized by Google

tungen infolge eines exulzerierten Karzinoms der hinteren Muttermundslippe in die Anstalt eintrat, entwickelte R. die 42 cm lange, gleich nach der Geburt sterbende Frucht durch fundalen Kaiserschnitt und schloß sogleich die abdominale Totalexstirpation des Uterus an. Auf der rechten Seite wurden mehrere kleine, im Parametrium gelegene Lymphknoten und einige haselnußgroße iliakale und hypogastrische Lymphdrüsen ausgeschält, ein weiterer, etwa 9 cm von der Einmündung des Ureters in die Blase gelegener, fest mit dem Harnleiter verwachsener Karzinomknoten konnte nur mit Mühe entfernt werden. 2 Tage nach der Operation starb die Frau, durch die Sektion wurde Peritonitis als Todesursache festgestellt. Die mikroskopische Untersuchung der Drüsen zeigte, daß sie karzinomatös entartet waren, außerdem wurden in der an der Ureterwand haftenden. Drüse Eiterherdchen und Streptokokken nachgewiesen. Eine weitere Karzinommetastase wurde innerhalb der Wand des rechten Ureters aufgefunden, sie war auf lymphatischem Wege zustande gekommen bei nicht infiltriertem Parametrium.

Bemerkenswert in dem Falle ist die frühzeitige karzinomatöse Entartung sowohl der Lymphdrüsen als auch des rechten Ureters, während weder das rechte, noch das linke Parametrium von der Neubildung ergriffen waren. Bisher sind nur acht Fälle von krebsiger Degeneration des Ureters in der Literatur mitgeteilt worden.

Die vorliegende Beobachtung beweist mit Rücksicht auf die frühzeitigen Karzinommetastasen, daß bei Carcinoma colli uteri in graviditate stets ohne Rücksicht auf den Zeitpunkt der Schwangerschaft die abdominale Totalexstirpation vorzunehmen und ihr der Vorzug vor der vaginalen Operation zu geben ist.

24) G. Schickele (Straßburg i. E.). Der Einfluß der Ovarien auf das Wachstum der Brustdrüsen. Beiträge zur Lehre der inneren Sekretion.

Da das Wachstum der Mammae bei der Pubertät und ihre periodische Schwellung bei der Menstruation sicher von der Anwesenheit und Funktion der Ovarien abhängig ist, so liegt es nahe, die Vergrößerung der Brustdrüse während der Schwangerschaft ebenfalls als eine Folge der Ovarialfunktion zu betrachten. Der Einwand, daß während der Gravidität die Funktion der Ovarien ausgeschaltet wird, ist nicht stichhaltig, da nach Eintritt einer Schwangerschaft nur derjenige Teil der Ovarialfunktion außer Aktion tritt, der mit der Menstruation und der Follikelberstung in direktem Zusammenhange steht. Der Teil der Ovarialfunktion aber, welcher auf das Wachstum der Brustdrüsen Einfluß ausübt, funktioniert während der Gravidität in der gleichen Weise wie außerhalb derselben. Fällt dieser Faktor infolge Kastration in der Schwangerschaft aus, so kann ein anderes Organ an seine Stelle treten.

Wie zahlreiche andere Autoren, so hat auch Verf. Tierexperimente zur Aufklärung des Wachstums der Brustdrüsen vorgenommen; es gelang ihm nicht, durch die Injektion von Extrakt aus Corpus luteum, Placenta, Hoden, Ovarium, Hypophysisvorderlappen eine nennenswerte Vergrößerung der Milchdrüsen zu erzielen, und zwar weder bei kastrierten noch auch bei nichtkastrierten Tieren.

Zusammenfassend kann man sagen, die Bedeutung des Ovariums und in mancher Hinsicht auch des Corpus luteum für das Wachstum der Brustdrüsen ist als gesichert anzusehen, das vikariierende Eintreten anderer innersekretorischer Drüsen hat eine gewisse Wahrscheinlichkeit für sich, bedarf aber noch weiterer Beweise.

25) Hugo Sellheim (Tübingen). Der Einfluß der Kastration auf das

Digitized by Google

Knochenwachstum des geschlechtsreifen Organismus und Gedanken über die Beziehungen der Kastration zur Osteomalakie.

Beobachtungen am Geweih tragenden Stirnzapfen des kastrierten männlichen Rehkitz zeigten, daß am geschlechtsreifen Tier die innere Sekretion der Keimdrüsen auf das Geweihwachstum zur Zeit der Erwartung der größten Inanspruchnahme des Körpers für das Fortpflanzungswachstum einen hemmenden Einfluß ausübt. Die männlichen Geweihträger mit periodischem Geweihwechsel werfen daher das Gehörn zur Zeit der Brunst ab und gewinnen es erst wieder nach der auf die Brunst folgenden Erholungspause. Beim weiblichen Organismus entspräche dieser Epoche zeitlich die Trächtigkeit. Beim weiblichen Renntier scheint durch das Trächtigwerden das Abwerfen des alten Geweihes und damit die Notwendigkeit der Bildung eines neuen gegenüber dem nicht trächtigen Tiere verzögert zu werden. Hat somit auch für das weibliche Tier die von der Keimdrüse ausgehende Regulierung des Knochenwachstums Gültigkeit, so würde es sich in der Gravidität um eine natürliche Sparwirkung des mütterlichen Körpers in bezug auf Wachstum und Unterhaltung der Knochen handeln. Die Osteomalakie wäre dann lediglich als eine pathologische Steigerung eines an sich physiologischen Vorganges aufzufassen.

26) W. Sigwart (Berlin). Über die Naht der großen Beckengefäße bei der abdominalen Radikaloperation.

Bei der abdominalen Radikaloperation des karzinomatösen Uterus sind die A. und V. hypogastrica und die V. iliaca ext. gelegentlich unvermeidbaren Verletzungen ausgesetzt, während eine Verletzung der A. iliaca ext. wohl stets zu umgehen ist. Dank der jetzigen Ausbildung der Gefäßchirurgie vermag man Blutungen aus einer Verletzung dieser Gefäße bei der Operation sicher mit Erhaltung der Kontinuität und Funktion des Gefäßes zu stillen. Man wird daher bei einer Verletzung der großen Gefäße stets die Gefäßnaht anzuwenden suchen und von ihr bei einer Verletzung der V. iliaca ext. stets Gebrauch machen, da sonst die Pat. der Gefahr einer Gangrän des betreffenden Beines ausgesetzt wäre. Genaue Schilderung der Technik der Gefäßnaht unter Verwendung des Carrel'schen Nadelhalters und eigens für diesen Zweck konstruierter feinster Nadeln an der Hand von 6 im Auszuge mitgeteilten Fällen. In allen diesen Fällen gelang es, die zum Teil sehr starken Blutungen durch die Gefäßnaht vollkommen zu stillen. 5 Frauen genasen von der Operation, die 6. starb an Peritonitis. In keinem Falle fand sich ein Anhaltspunkt für eine Thrombosenbildung an der Nahtstelle.

27) Karl Steidl (Straßburg i. E.). Zur Kasuistik der primären desmoiden Tumoren des Ligamentum rotundum.

Bei der 41jährigen IIIpara wurde aus den Bauchdecken durch Längsschnitt in der Linea alba ein nicht degeneriertes Fibromyom ausgeschält, das vom linken runden Mutterbande abstammte und an dem Ligament wie an einem Stiele inserierte. Der Tumor war trotz seiner bedeutenden Größe intrakanikulär gewachsen und zeichnete sich durch das ungewöhnlich hohe Gewicht von 2680 g aus.

28) R. van den Velden (Düsseldorf). Zur Lehre vom Infantilismus.

Unter Infantilismus hat man den Zustand des fertig entwickelten Menschen zu verstehen, bei dem der ganze Organismus, einzelne Organe oder bestimmte Teile eines Organsystems auf einer früheren Entwicklungsstufe stehengeblieben sind, so daß es sich also um einen Anachronismus handelt. Während der Infantilismus im allgemeinen nach einem Ausspruche W. A. Freund's heutzutage das best durchgearbeitete Gebiet der individuellen Konstitution darstellt, harrt die Frage der Weitervererbung gewisser Infantilismen und die nach bestimmten

Digitized by Google

Richtungen hin auszudehnende Forschung am nicht erkrankten, heranwachsenden Individuum noch weiterer, eingehender Untersuchungen.

29) A. Zinsser (Berlin). Untersuchungen über die Harngiftigkeit bei Anaphylaxie.

Nachdem R. Franz in seinen Arbeiten die Ansicht ausgesprochen hat, daß die die Eklampsie in den meisten Fällen begleitende Nierenschädigung eine Retention des Giftkörpers zur Folge haben könne, hat Verf. die vorliegenden Untersuchungen ausgeführt, um festzustellen, ob die Giftigkeit des Harns anaphylaktischer Tiere durch eine künstlich erzeugte Nephritis Veränderungen erfährt. Er kommt zu dem Ergebnis, daß urannephritische Meerschweinchen während des anaphylaktischen Shocks in gleicher Weise toxischen Harn auszuscheiden vermögen wie nierengesunde.

30) L. Mohr (Halle a. S.). Über die innere Sekretion der Speicheldrüsen und ihre Beziehungen zu den Genitalorganen.

Es gibt eine große Zahl von physiologischen und klinischen Erscheinungen, die entschieden dafür sprechen, daß zwischen den Speicheldrüsen und den meisten Blutdrüsen, vor allem aber den Genitalorganen, innige Beziehungen bestehen. Bekannt sind beim akuten Mumps die so häufig beobachteten Erkrankungen der Hoden und der Eierstöcke. Die oft ebenfalls bei der Mumpsinfektion vorhandene Affektion der Schilddrüse, der Thymus, des Pankreas, der Brustdrüsen zeigt eben, daß es sich beim Mumps um eine akute Erkrankung aller Blutdrüsen handelt, so daß Verf. für diese Affektion die Bezeichnung Haemadenosis acuta epidemica vorschlägt.

Aus einer Reihe von mitgeteilten Krankengeschichten ist zu folgern, daß die gemeinsame Reaktion der endokrinen Organe außer bei der Mumpsinfektion auch bei chronischen Infektionskrankheiten, z. B. der Lues, und bei innersekretorischen Erkrankungen ohne Anhaltspunkte für eine infektiöse Ätiologie zur Beobachtung kommt.

Man muß annehmen, daß den Speichel (und Tränen-)drüsen eine spezifische, auf die Genitalien wirkende Sekretion zukommt, über deren biologische Wirkung sich freilich zurzeit etwas Bestimmtes nicht aussagen läßt.

31) Kurt Eckelt (Königl. Charité, Berlin). Über die Nierenfunktion in der Schwangerschaft.

Verf. hat das klinische Verhalten der Leyden'schen Schwangerschaftsniere auf Grund von 7 Fällen ante partum, von denen 2 intra partum an typischer Eklampsie erkrankten, zum Gegenstande seiner Untersuchungen gemacht und des Vergleiches halber bei 3 gesunden Schwangeren unter denselben Versuchsbedingungen das funktionelle Verhalten der Niere geprüft.

Die erhaltenen Schlußergebnisse lassen sich folgendermaßen zusammenfassen.

Die Niere der gesunden Schwangeren unterscheidet sich funktionell nicht, abgesehen von einer vielleicht vorhandenen Überempfindlichkeit der Nierengefäße, von der der gesunden Nichtschwangeren.

Die Schwangerschaftsniere ist lediglich in bezug auf die H_2O- und NaCl-Ausscheidung insuffizient; sie ist nicht als eine Nephritis im engeren Sinne, sondern als eine hydropigene Nephrose zu definieren.

Therapeutisch ist daher bei Schwangerschaftsniere die bisher übliche Milchdiät, von welcher man auf Grund einer reichlichen Durchspülung der Niere eine Besserung der Nierenfunktion erhoffte, als nicht zweckmäßig aufzugeben und durch eine Einschränkung der Flüssigkeitszufuhr zu ersetzen.

Scheunemann (Stettin).

Digitized by Google

Radiologie.

4) **E. Bumm** (Berlin). **Über Erfolge der Röntgen- und Mesothoriumbestrahlung beim Uteruskarzinom.** (Berliner klin. Wochenschrift 1913. Nr. 22.)

Seit einem Jahre werden an der Bumm'schen Klinik Uteruskarzinome der kombinierten Röntgen- und Mesothoriumintensivbestrahlung unterworfen. Die Strahlendosis ist dabei im Laufe der Zeit so gesteigert worden, daß jetzt 10 000 Kienböck X und 25 000 Milligrammstunden Mesothorium die übliche Dosis darstellen. Die gelungene Umwandlung eines inoperablen in ein glatt operables Karzinom war der Anlaß zur systematischen Anwendung der Methode bei einer größeren Anzahl von Uteruskrebsen. Unter 10 Fällen von Kollumkarzinom wurden 2 in 9 bzw. 24 Tagen in operable umgewandelt, bei den übrigen und bei 2 Harnröhrenkrebsen schwand in 6—12 Wochen der Krebs unter Hinterlassung einer eingezogenen Narbe, so daß sie als subjektiv und klinisch geheilt zu bezeichnen waren. Über die Frage der endgültigen anatomischen Heilung wird erst eine mehrjährige Beobachtung entscheiden können. Die mikroskopische Untersuchung bestrahlten Krebsgewebes läßt erkennen, daß dabei der Zerfall der Krebsnester und die hyaline Degeneration und Sklerose des Bindegewebes nebeneinander hergehen. Der Zerfall der Neubildung geht oft mit der Resorption derselben Hand in Hand. Namentlich ist das bei nicht ulzerierten Karzinomen der Fall. Es kann die Rückbildung ohne Gangrän bei voller Erhaltung und Funktion der Gewebe erfolgen. Für die Frage der Tiefenwirkung bringt Verf. Belege mit zwei nachträglich operierten und zwei zur Sektion gekommenen Fällen. Die Ergebnisse mahnen zur Skepsis in bezug auf die Tiefen- und Fernwirkung der Strahlentherapie. Bei jüngeren Personen bleibt vorläufig die Operation noch das sicherere Verfahren. Die Bestrahlung der Narbe läßt man zweckmäßig folgen. Karzinome der Scheide, der Urethra, der äußeren Genitalien, sowie die langsam wachsenden Kollumkrebse älterer Frauen kann man schon jetzt mit Zuversicht bestrahlen. Bei inoperablen Genitalkrebsen und bei Rezidiven hat die Bestrahlung bessere Erfolge als alle bekannten Behandlungsmethoden. H. Fuchs (Danzig).

5) **P. Haendly** (Berlin). **Die Wirkung der Mesothorium- und Röntgenstrahlen auf das Karzinom des Uterus und die Ovarien.** (Strahlentherapie Bd. III. Hft. 1. p. 300. 1913.)

Histologische Untersuchungen über Strahlenwirkung. Es kommt zu einem ausgedehnten Untergang des Karzinomgewebes. Durch neugebildetes Bindegewebe wird der durch den Untergang der Karzinomzellen entstandene Defekt ersetzt. Dieses neue Bindegewebe sklerosiert. Die glatte Muskulatur atrophiert und verschwindet fast völlig. Die Muskelfibrillen degenerieren zum Teil hyalin. Im Ovarium werden die Primärfollikel völlig zerstört. Die Gefäße zeigen eine hyaline Degeneration der Adventitia und Media. Die letztere verkalkt hin und wieder. Durch eine Wucherung der Intima kommt es zu einer Obliteration zahlreicher Gefäße. Linzenmeier (Berlin).

6) **E. Langes** (Kiel). **Erfahrungen mit der Röntgenbehandlung bei Myomen und Metropathien.** (Strahlentherapie Bd. III. Hft. 1. p. 287 bis 299. 1913.)

Die jetzige Technik der Kieler Frauenklinik besteht in einer 6—9 Felderbestrahlung von allen Seiten her, und zwar werden durchschnittlich 20 X pro loco mit 4 mm Aluminiumfilter verabfolgt. Die Messung geschieht an verstellbaren Sabouraudtabletten. Experimentelle Untersuchungen haben gezeigt, daß auch Bestrahlungen der Kreuzbein-, Glutaeal- und Dammgegend rationell sind.

Digitized by Google

Die Erfolge mit dieser Technik waren sehr gut (100% Heilung bei Myomen und Metropathien). Größere Dosen als 200 X in einer Serie zu geben, hat sich nicht als notwendig ergeben; größere Dosen erscheinen gefährlich infolge der stärkeren Frühschädigung (»Kater«) und der noch nicht genau bekannten, aber möglichen Darmschädigungen. Linzenmeier (Berlin).

7) **Siredey (Paris). Die Radiotherapie der Uterusfibrome.** (Revue de gyn. et de chir. abdom. 1913. Nr. 2.)

Die Radiotherapie der Uterusfibrome fand in Frankreich eine ungleich kühlere Aufnahme, als in Deutschland. S. hat aber in den letzten 3 Jahren 59 Fälle mit Röntgenstrahlen behandelt, ohne einen Unglücksfall; von diesen schieden 3 aus der Behandlung aus. Von den übrigen 56 hatten 40 Myome und 16 Uterussklerose mit oder ohne Hypertrophie. Von den 40 Myomen mußten 2 operiert werden, 1 wurde in desolatem Zustande ungebessert entlassen, 2 stehen noch in Behandlung. Die übrigen 35 zeigten erhebliche Besserung, um nicht den Ausdruck Heilung zu gebrauchen, da wohl die Symptome (Blutungen, Schmerzen) nicht aber die Geschwülste vollständig geschwunden waren. S. hält die richtig ausgeführte Röntgenbehandlung für ungefährlich, er sah niemals Schädigungen, weder der Haut, noch der Eingeweide. In jeder Sitzung wurden ca. 6 Holzknecht-Einheiten appliziert; Erfolg trat in einzelnen Fällen nach 9 Sitzungen, in anderen erst nach 40—46 ein. Diese Behandlung soll das Verfahren der Wahl sein bei Blutungen im präklimakterischen Alter, welche meist mit Sklerose des Uterus, oft auch des Ovariums vergesellschaftet sind. Man benötigt zum Erfolg oft nur weniger Bestrahlungen, und unangenehme Begleiterscheinungen sind nicht zu fürchten. Man darf die Röntgentherapie aber nur bei sicherem Ausschluß maligner Erkrankung einleiten. Auch Myome in jugendlichem Alter und solche mit raschem Wachstum sollen nicht bestrahlt, sondern operiert werden; ebenso die submukösen Myome und solche, die kompliziert sind durch Ovarialtumroen und entzündliche Adnexerkrankungen. Eine Kontraindikation der Radiotherapie bieten auch alle Blutungen, die erst in der Menopause auftreten. Knoop (Duisburg).

8) **Th. Seitz. Weitere Erfolge der gynäkologischen Radiotherapie.** Inaug.-Diss., Freiburg i. B., 1913.

Die Arbeit bildet eine Fortsetzung der Dissertationen von Haase, Hirsch und Seefeld aus der gleichen Klinik und ist ebenso, wie jene in der Monographie von Gauss und Lembcke mit verwendet. Es werden zu den alten Fällen 70 weitere Fälle berichtet, von denen 57 nach der noch jetzt üblichen Methode der mehrstelligen Filternahbestrahlung behandelt wurden, während 2 noch nach der alten, 11 nach einer speziellen Methode in Angriff genommen wurden.

Es handelt sich um 54 Myome und 16 Metropathien: von den Pat. standen im Alter von 30—45 Jahren 31, von 46—50 Jahren 32 und von 51—60 Jahren 7 Frauen. Bei Einbeziehung der Fälle von Seefeld wurden genau 100 Pat. behandelt und geheilt = 80 Myome und 20 Metropathien. Bis zur Heilung waren erforderlich im Alter von

30—45	Jahren	10	Wochen	gegen	früher	14	Wochen	bei 518 X,
46—50	»	8	»	»	»	10	»	» 462 X,
51—60	»	5	»	»	»	9	»	» 374 X,

bis zur Entlassung 3,75, 3 und 3 Monate bei 884, 874 bzw. 828 X; es wurde also das in Freiburg erstrebte Ziel einer Abkürzung der Behandlungsdauer voll erreicht, wenn auch noch nicht das Ideal verwirklicht wurde.

Schneider (Freiburg).

Digitized by Google

9) **M. Seefeld. Die klinischen Erfolge der mehrstelligen Filterbestrahlung in der Gynäkologie.** Inaug.-Diss., Freiburg i. B., 1913.

In der Arbeit werden die ersten 31 Fälle vielstelliger Filternahbestrahlung mit harten Röhren mit ausführlichen Röntgenprotokollen zusammengestellt; es handelt sich um 27 Myome und 4 Metropathien. Die Amenorrhöe wurde erzielt bei

16 Frauen im Alter von 30—45 Jahren in 11 Wochen bei 495 X,
13 » » » » 46—50 » » 9 » » 336 X,
2 » » » » 51—60 » » 4 » » 171 X,

und bei 905, 732 und 716 X bis zur Entlassung. Schneider (Freiburg).

10) **Gustav Klein (München). Erfolge der Röntgenbehandlung bei Karzinom des Uterus, der Mamma und der Ovarien.** (Strahlentherapie Bd. III. Hft. 1. p. 260—71. 1913.)

Referiert im Zentralblatte 1913. Nr. 24. p. 898.

11) **Weitzel (Dresden). Erfahrungen mit der Röntgentiefentherapie.** (Strahlentherapie Bd. III. Hft. 1. p. 272. 1913.)

Referiert im Zentralblatte 1913. Nr. 24. p. 899.

12) **Heimann (Breslau). Zur Röntgentiefentherapie.** (Strahlentherapie Bd. III. Hft. 1. p. 275. 1913.)

Referiert im Zentralblatte 1913. Nr. 17. p. 606.

13) **Holzbach (Tübingen). Theoretisches und Praktisches zur Röntgentiefentherapie.** (Strahlentherapie Bd. III. Hft. 1. p. 279. 1913.)

Referiert im Zentralblatte 1913. Nr. 24. p. 897.

14) **P. Krömer (Greifswald). Über die Einwirkung von Röntgen- und Mesothoriumstrahlen auf maligne Neubildungen der Genitalien.** (Strahlentherapie Bd. III. Hft. 1. p. 226—245. 1913.)

Referiert im Zentralblatte 1913. Nr. 24. p. 896.

15) **Gauß (Freiburg). Zur Technik der gynäkologischen Mesothoriumtherapie.** (Strahlentherapie Bd. III. Hft. 1. p. 348—364. 1913.)

Zur Isolierung des harten Strahlenanteils der Mesothoriumstrahlen ist es notwendig, ein Filter von etwa 2 mm Blei zur Umhüllung des Mesothoriums anzuwenden. Da die Intensität der Strahlen im umgekehrten Quadrat der Entfernung abnimmt, ist es wichtig, die strahlende Kapsel nahe an den Krankheitsherd heranzubringen. Um die Wirkung nachhaltig zu erhöhen, empfiehlt es sich, das Kreuzfeuer zu gebrauchen, also z. B. eine Kapsel in den Uterus, eine in die Vagina und mehrere auf den Leib zu legen. Ferner wird es besser sein, eine große Dosis kurze Zeit wirken zu lassen. Dosen unter 50 mg eines hochprozentigen Radium- oder Mesotheriumsalzes scheinen nicht empfehlenswert, am besten sollten 100 mg angewendet werden.

Nach diesen Grundsätzen, die fast vollständig denen der Röntgentiefentherapie gleichkommen, muß beim Mesothorium die Technik ausgestaltet werden. Die Einzelheiten des Instrumentariums sind ausführlich beschrieben und gut illustriert.

Linzenmeier (Berlin).

16) **Anton Sticker (Berlin). Radium- und Mesothoriumbestrahlung. Ihre theoretischen Grundlagen und ihre praktische Anwendung in der Heilkunde.** (Strahlentherapie Bd. III. Hft. 1. p. 1—63. 1913.)

Diese erschöpfende Arbeit über die theoretischen Grundlagen und die praktische Anwendung der strahlenden Materie soll nach des Verf.s Absicht ein Gegengift darstellen für die vielen inhaltsleeren, radiologischen Schriften, mit denen die medizinische Literatur in letzter Zeit überschwemmt worden ist.

Im ersten Teil gibt Verf. eine kurze, gut verständliche Übersicht über den

Digitized by Google

heutigen Stand der Wissenschaft über die physikalischen Eigenschaften der radioaktiven Substanzen. Im zweiten Teile werden die biologischen Wirkungen behandelt. Jede lebende Zelle des tierischen Organismus ist durch die radioaktive Strahlung angreifbar, aber je nach ihrer Art ist sie für die eine oder andere Strahlung mehr oder weniger empfindlich. Ältere und ausdifferenzierte Gewebszellen zeigen viel geringere Veränderungen als junge und embryonale Zellen oder Keimzellen. Konform der Wirkung anderer Agentien übt das Radium in starker Dosis destruktive Wirkungen aus; diese sinkt aber bei verminderter Dosis bis zur bloßen Reizwirkung herab. Von der Stoffwechselanregung bis zum Tode der Zelle spielt sich die ganze Skala der Reizwirkung des Radiums und des Mesothoriums ab. Die Primärschädigungen werden durch weiche Strahlung hervorgerufen und verbreiten sich von der Oberfläche nach der Tiefe, die Spätreaktionen dagegen sind durch härtere Strahlen bedingt, entstehen infolge der Empfindlichkeit der Endothelien der Gefäße und entwickeln sich von der Tiefe heraus nach der Oberfläche. Bei der Therapie der Geschwulstkrankheiten muß erstrebt werden, die primär zellzerstörende, nicht die hyperämisierende Wirkung der radioaktiven Substanzen zur Geltung zu bringen, das kann nur durch starke Präparate erreicht werden.

Die biologische Wirkung der Radium- und Mesothoriumpräparate ist nicht gleichwertig. Bei Oberflächenbestrahlung wirken die Mesothoriumpräparate rein exsudativ, die Radiumstrahlen nekrotisierend, für die Tiefenwirkung sind die Radiumstrahlen vorzuziehen.

Im dritten Teil wird die praktische Anwendung der Strahlung erörtert. Nur Mengen von 50 mg aufwärts können in der Tiefentherapie Ersprießliches leisten. Die Dosis tolerans ist schwer zu bestimmen. Die Intensität der Bestrahlung soll nur solange gesteigert werden, als keine üblen Nebenerscheinungen, insbesondere Resorptionsfieber und Albumen, sich geltend machen. Die Einzelheiten der Technik müssen im Original nachgelesen werden. Linzenmeier (Berlin).

17) **Ph. Jung (Göttingen). Zur Mesothoriumbehandlung von Genitalkarzinomen.** (Strahlentherapie Bd. III. Hft. 1. p. 246. 1913.)
Referiert im Zentralblatte 1913. Nr. 24. p. 899.

18) **Engelhorn (Erlangen). Über den derzeitigen Stand der Strahlentherapie in der Gynäkologie.** (Strahlentherapie Bd. III. Hft. 1. p. 216.
Übersichtsreferat über die Verhandlungen auf dem Gynäkologenkongreß in Halle a. S. Linzenmeier (Berlin).

19) **Franz Kirchberg (Berlin). Röntgenschädigungen und ihre rechtliche Beurteilung.** (Strahlentherapie Bd. III. Hft. 1. p. 121—161. 1913.)
Ein beherzigenswerter Aufsatz, den jeder Röntgentherapeut und Krankenhausleiter mit Röntgenabteilung im Original lesen sollte. Linzenmeier (Berlin).

20) **H. Westermaier. Radiumtherapie in der Gynäkologie.** Inaug.-Diss., Freiburg i. B., 1913.

W. berichtet zunächst über die Anwendungsart des Radiums, wie sie insbesondere von den Franzosen erprobt wurde, anfangs ungefiltert, später gefiltert mit Gold, Silber, Blei oder Nickel oder in Form der Uranpechblende oder als Schlamm. Durch letztere Anwendungsformen gelang es im Gegensatz zu der ersten die Gefahr einer Überdosierung wesentlich herabzusetzen. Einen weiteren Fortschritt bedeutete das von Wickham und Degrais eingeführte »Kreuzfeuer« d. h. gleichzeitige Applikation von verschiedenen Stellen aus, z. B. Rektum und Vagina, oder intrauterin und Vagina oder Bauchhaut. Eine weitere Form der Anwendung wurde gegeben durch Herstellung von mit Radiumlösungen getränkten Tampons; endlich durch Trink- und Inhalationskuren.

Digitized by Google

Angewandt wurde das Radium in erster Linie gegen bös- und gutartige Geschwülste, aber auch Fluor, Menorrhagien und akute und chronische Adnexerkrankungen sollen nach Chéron, Fabre und anderen sehr häufig vorzüglich darauf reagieren. Bei der Besprechung der einzelnen Erkrankungen werden von Westermaier jedesmal die darauf bezüglichen Behandlungsmethoden besprochen.

Schneider (Freiburg).

21) **Louis Wickham (Paris). Die durch Strahlen hervorgerufenen histologischen Gewebsveränderungen.** (Strahlentherapie Bd. III. Hft. 1. p. 64—81. 1913.)

Jeder Strahl, der eine Zelle trifft, übt immer eine Wirkung auf diese Zelle aus. Die Zellveränderungen, die wahrscheinlich eine Störung des physikalisch-chemischen Milieus darstellen, hängen von vielen Faktoren ab, so von der Strahlenmenge und -art, Aufnahmefähigkeit der Zelle, Zeit zwischen der Bestrahlung und der histologischen Untersuchung, Filtrierung durch das Gewebe selbst. Die Sensibilität einer Zelle ist um so größer, 1) je intensiver ihre reproduktive Tätigkeit ist, 2) je länger ihr karyogenetisches Werden ist, 3) je weniger ihre Morphologie und ihre Funktion fixiert ist. Aus diesen Gesetzen erklären sich die Veränderungen am gesunden und kranken Gewebe. Die Epitheliome machen nach der Bestrahlung, nach einer Periode der Latenz, welche je nach der verabreichten Dosis länger oder kürzer ist, folgende Veränderungen durch. Die Epitheliomzellen werden in allen Teilen hypertrophisch und sterben durch disseminierte, totale und atypische monströse Verhornung. Die Hornblöcke werden durch die bindegewebigen Lymphzellen des zur vermehrten Tätigkeit angeregten Stromas durchwachsen und verschwinden durch Phagocytose. Die Veränderungen eines bestrahlten Drüsenkrebses, die an einem Mammakarzinom erhoben wurden, das sukzessiv von der Oberfläche zur Tiefe in Serienschnitte zerlegt wurde, ergab folgendes: Regressive Veränderungen waren bis zu 9 cm Tiefe zu konstatieren. Die Krebszellen werden zerstört, nachdem sie eine monströse Hypertrophie ihrer Elemente durchgemacht haben, die zu ihrer Auflösung durch Cytolyse oder Resorption durch Phagocytose führt. Das hyperplastische Stroma dringt in die Lobuli der degenerierten Zellelemente, treibt sie auseinander, umschließt sie und bildet ein weiches, zellreiches Narbengewebe. Die Bindegewebsgeschwülste machen ähnliche Veränderungen durch. Die Latenz ist kürzer als bei den Epitheliomen. Es kommt in den sarkomatösen Zellen anfänglich zu einer Steigerung der Ernährungs- und Vermehrungsvorgänge, welche in einer kolossalen Hypertrophie zum Ausdruck kommt. Hält die Wirkung des Radiums an, so scheinen die Zellelemente wie vom Blitz getroffen. Sie werden dann von den Phagocyten überfallen und absorbiert.

Linzenmeier (Berlin).

22) **W. Hager. Zur Klinik des Röntgenulcus.** Inaug.-Diss., Freiburg i. B., 1913.

Unter diesem Thema stellt H. die bisher in der Literatur beschriebenen Fälle von Röntgenverbrennungen III. Grades (nach Kienböck) zusammen. Es wird zunächst das pathologisch-anatomische Bild, dann die Symptomatologie und Pathologie besprochen. Besonders hervorgehoben werden allgemein die intensiven Schmerzen, die Neigung zu Rezidiven nach oft schon weit vorgeschrittener Heilung oder das lange Anhalten torpider Ulcera, wodurch meist eine monate- bis jahrelange Erkrankung bedingt wird. Ziemlich konstant findet sich leichtes Fieber, selten schwerere Allgemeinerscheinungen, wie Herzklopfen, Appetitlosigkeit. In 1% aller Dermatiden tritt ein stark juckendes, kleinfleckiges, papulöses Exanthem auf, das zu Verwechslung mit Scharlach geführt hat und ebenso wie

Digitized by Google

dieser unter Schuppung abheilt. Die Therapie ist zunächst eine konservative; ein Spezifikum gibt es nicht; im allgemeinen versucht man es am besten mit möglichst wenig reizenden Aufschlägen oder Salben; aber auch auf Kreolinlösung und graue Salbe sind Erfolge beobachtet. Chronische Fälle wurden gelegentlich durch Anämisierung (Hochlagerung und Kompressionsverband), andererseits auch durch Hyperämisierung (Stauung nach Bier, Uviollampe, elektrischer Strom) geheilt. Kommt man nicht zum Ziel, so bleibt nur das chirurgische Verfahren, nämlich die Transplantation, entweder in der Form der Thiersch'schen Läppchen oder als gestielte Lappen. Schneider (Freiburg).

23) **W. Blumhardt. Über die radiologisch erkennbaren Erkrankungen des Magen-Darmkanals.** Inaug.-Diss., Freiburg i. B., 1913.

Die Veranlassung zu dieser Arbeit gaben eine Anzahl interessanter Röntgenaufnahmen der Freiburger Frauenklinik, die zum Teil bei differentialdiagnostisch unklaren Fällen, zum Teil als Nebenbefund gewonnen wurden, darunter Gastroptosen, Atonien, Magenulcera, Narben, Adhäsionen, Coecum mobile, Stenosen, Krebs usw. Es werden die Klischees der betreffenden Fälle zumeist mit abgebildet.

Im zweiten Teile der Arbeit folgt eine genaue Beschreibung der Technik der Röntgenologie des Magen-Darmkanals. Schneider (Freiburg).

24) **S. Rubaschow. Die Röntgenologie im Dienste der urologischen Chirurgie.** (Zeitschrift für urolog. Chirurgie I. p. 465.)

Eine sehr eingehende Arbeit, die die Frage nach allen Richtungen hin erschöpft. Zum Referat ungeeignet. Beigefügt ist ein sehr umfangreiches Literaturverzeichnis. B. Ottow (Dorpat).

25) **H. A. Kelly und R. M. Lewis (Baltimore). Silberjodidemulsion — ein neues Mittel zur Skiagraphie des Harntraktus.** (Surgery, gynecol. and obstetr. Vol. XVI. Nr. 6.)

Füllung der Blase und des Nierenbeckens mit einer 5%igen Silberjodidemulsion gibt ebenso tiefe Schatten auf der Röntgenplatte wie eine 10%ige Collargolfüllung, von der das neue Verfahren den Vorteil der Billigkeit, der größeren Reinlichkeit, Reizlosigkeit und der sicheren Gleichmäßigkeit der Präparation hat.

Robert Stern (Offenbach).

Ovarium.

26) **Schickele (Straßburg). Die Bedeutung der Keimdrüsen für das Auftreten der Brunstveränderungen.** (Zeitschrift für die gesamte experim. Medizin Bd. I. Hft. 6. p. 539. 1913.)

Injektionen von Ovarium- und Hodenextrakt lösten beim kastrierten weiblichen Tiere Brunstveränderungen im Bereiche der äußeren Genitalien aus; dasselbe gelang in geringerem Grade auch mit dem Extrakt des Hypophysenvorderlappens. Die Hyperämie war nicht auf die äußeren Genitalien beschränkt, sondern auch besonders am Uterus und in geringerem Grade in den Organen des kleinen Beckens nachzuweisen. Ferner war jedesmal eine starke Rötung der Konjunktiven zu bemerken. Linzenmeier (Berlin).

27) **C. A. Hill (Pittsburgh). Weitere Betrachtung über den Gebrauch der Corpus luteum-Substanz bei der Behandlung der artefiziellen Menopause.** (Surgery, gynecol. and obstetr. Vol. XVI. Nr. 6.)

Verf. sieht die häufigen Mißerfolge der Corpus luteum-Medikation begründet in der zu niedrigen Dosierung und empfiehlt deshalb einen lange fortgesetzten Gebrauch hoher Dosen bis zum Verschwinden aller Symptome.

Robert Stern (Offenbach).

Digitized by Google

28) **C. Hedde. Über Ovarialblutungen, speziell über Blutungen aus dem Corpus luteum.** Inaug.-Diss., Freiburg, 1913.

H. berichtet über einen Fall von Tubarabort mit gleichzeitiger Ruptur eines Corpus luteum im Eierstock der anderen Seite infolge von Anstrengung, der durch Laparotomie geheilt wurde. Gleichzeitig stellt er aus der Literatur bis 1911 inklusive 14 weitere Fälle zusammen. Schneider (Freiburg).

29) **J. Kratochvil. Zur Therapie der Ovarialtumoren während der Schwangerschaft und Geburt.** (Casopis lékaruv ceskych 1913. Nr. 38.)

In der Olmützer Gebäranstalt waren unter 5507 Fällen 6 Fälle mit Ovarialtumoren intra partum kompliziert und in 4 Fällen wurden während der Gravidität Ovarialtumoren (Cysten) als zufällige Komplikation konstatiert. Von den letzteren handelte es sich in 2 Fällen um Stieltorsion, die zur Laparotomie führte; der eine dieser Fälle endete mit Abortus (Druck auf den Uterus), im anderen Falle verlief die Schwangerschaft und Geburt normal. Im 3. und 4. Falle verursachte der Tumor keine Beschwerden; nach der Laparotomie verlief die Schwangerschaft normal. Die intra partum mit Ovarialtumoren komplizierten Fälle verliefen folgenderweise: 2mal Spontanreposition, spontane Geburt, lebende, ausgetragene Kinder, normales Wochenbett; bei 4 Fällen wurde in Position à la vache künstlich reponiert: einmal Spontangeburt mit Chinin, totes, ausgetragenes Kind, fieberhaftes Puerperium, einmal Wendung, Extraktion, lebendes Kind, fieberhaftes Wochenbett, einmal Wendung, Extraktion, scheintotes, wiederbelebtes Kind, Platzen der Cyste, am nächsten Tage Laparotomie, fieberfreier Verlauf, und einmal Spontangeburt mit Pituitrin, lebendes Kind, normales Wochenbett.

G. Mühlstein (Prag).

30) **J. Trapl. Struma ovarii.** (Casopis lékaruv ceskych 1913. Nr. 38.)

33jährige Frau; letzte Menstruation vor $3^1/_2$ Monaten; seit 3 Monaten Geschwulst im Bauche. Man palpiert zwei Tumoren: den graviden Uterus und rechts hinter demselben einen cystischen Tumor. Die Laparotomie bestätigt die Diagnose. Die kopfgroße Cyste wurde an einer Stelle von einem derben Tumor eingenommen, dessen Untersuchung ergab, daß er denselben Bau besaß wie eine Struma colloides: drüsenförmige Hohlräume, die von einem ein- bis zweischichtigen Zylinderepithel ausgekleidet und mit einer kolloiden Masse ausgefüllt sind. Neben dem Tumor lag ein taubeneigroßes Dermoid. Die Frau genas, abortierte aber am 10. Tage nach der Operation. Das Knochensystem wurde röntgenoskopisch als gesund befunden. Die Struma dürfte aus einer Schilddrüsenanlage im Dermoid entstanden sein. Bei einer späteren Untersuchung der Pat. konstatierte der Autor einen leichten Hyperthyreoidismus: Tremor der Finger, Vergrößerung der Schilddrüse. Diese Hyperplasie erklärt der Autor als Ersatz für den Verlust der exstirpierten Struma. G. Mühlstein (Prag).

31) **Massabuau und Etienne (Montpellier). Das primäre Ovarialkarzinom.** (Revue de gyn. et chir. abdom. 1913. Nr. 3.)

Eine ausführliche Monographie an der Hand von 249 Beobachtungen. Unter 100 Ovarialtumoren finden sich 4,86 Karzinome, Prädilektionsalter läßt sich schwer feststellen, es ist am häufigsten während der Geschlechtsreife, kommt aber ebenso im jugendlichen wie im Greisenalter vor. Im allgemeinen finden sich keine Unregelmäßigkeiten der Menstruation. Nur 3mal traf Schwangerschaft mit Ovarialkarzinom zusammen. In 40% sind die Tumoren doppelseitig. Es sind zwei Formen zu unterscheiden: der solide Krebs, mit oder ohne Höhlungen, und das Epithelioma cysticum. Weiter werden dann die Metastasen und Verbreitung auf andere abdominale Organe erörtert; ebenso die besonderen Beziehungen

Digitized by Google

zum Uteruskarzinom. Bei Besprechung der Krebse des Verdauungstraktus wird leider zu wenig auf ihre Bedeutung für die Ovarialkarzinome eingegangen; insbesondere findet die Anschauung, daß der Magenkrebs primär und die Ovarialkarzinose sekundär ist, keine Würdigung. Mikroskop, Anatomie und Histogenese bieten, so viel ich sehe, nichts wesentlich Neues. Interessant ist dagegen ein kleiner Abschnitt über die Chorionepitheliome des Ovars. Und zwar werden unterschieden die reinen Chorionepitheliome sensu strictiori und chonrionepitheliomatöse Wucherungen in den Ovarialembryomen. Unter den Komplikationen fand sich nur 3mal Stieldrehung. Die Diagnose kann mit Sicherheit nur durch die Laparotomie erhärtet werden, die auch Aufschluß über die mögliche Radikaloperation gibt. Bei dieser sollen stets die regionären Drüsen ebenso wie der Uterus mit entfernt werden. Auf alle Fälle müssen auch beide Ovarien exstirpiert werden, ob das eine makroskopisch krank ist oder nicht.

Knoop (Duisburg).

32) **Charles Stanley White (Washington). Ovarialteratome.** (Amer. journ. of obst. and dis. of w. and children 1913. August.)

Verf. verbreitet sich zunächst über die bekannten Theorien der Teratogenese und unterscheidet 1) Epidermoidcysten, die nur den untersten Schichten der Haut angehörige Abkömmlinge des Ektoderms erkennen lassen, 2) reine Dermoidcysten mit allen Bestandteilen der äußeren Haut, 3) zusammengesetzte Dermoide oder einfache Teratome, die außerdem Knochen und Zähne aufweisen, 4) zusammengesetzte Teratone, die außerdem die verschiedensten Abkömmlinge von Ento- und Mesoderm erkennen lassen. Die Gewebe werden von Oocyten und Spermatocyten abgeleitet.

Im Anschluß daran beschreibt Verf. zwei Fälle, von denen der erste eine zitronengroße, stielgedrehte Dermoidcyste mit Abkömmlingen aller drei Keimblätter bei einem 4jährigen Mädchen betraf, der zweite eine kleine »reine Dermoidcyste« bei einer Frau, die 3mal geboren hatte. Jaschke (Gießen).

33) **Christiani (Libau). Über einen Fall von Pseudomyxoma peritonei.** (Petersburger med. Zeitschrift 1913. Nr. 15.)

Bei einer 64jährigen Frau wird eine Ovarialcyste operiert, welche an ihrer Kuppe geplatzt war. Im Abdomen zähe Gallertmassen, im Netz, auf dem visceralen und parietalen Peritoneum zahlreiche, fest am Gewebe haftende Schleimcystchen. Appendix kleinfingerdick, aufgetrieben, an der Oberfläche walnußgroße, cystische Vorwölbung, an der Seite eine haselnußgroße Ausbuchtung. Im Innern der Appendix, die mit beiden Auftreibungen ein konfluierende Höhle bildet, finden sich dieselben gallertartigen Massen wie im Abdomen und in der Ovarialcyste. B. Ottow (Dorpat).

Peritoneum.

34) **Propping (Frankfurt a. M.). Die Rehn'sche Behandlung der Peritonitis.** (Deutsche med. Wochenschrift 1913. Nr. 23. p. 1096.)

Verf. bespricht nur die freie, eitrige Peritonitis im Anschluß an die Appendicitis und unterscheidet drei Gruppen:

1) Peritonitis der rechten Leibseite und des Beckens.
2) Peritonitis rechts und links bis zum Colon transversum.
3) Peritonitis universalis.

Die Rehn'sche Behandlung besteht in folgendem:

1) Bei beschränkter Peritonitis (Gruppe 1): Rechtseitiger, aber ausgiebiger

Digitized by Google

Schnitt, Entfernung der Appendix, Entfernung des Exsudats durch lokale Spülung, Drainage des Douglas, Naht der Bauchdecken bis auf die Drainageöffnung. Beckentieflagerung, Sitzlage.

2) Bei fortgeschrittener Peritonitis (Gruppe 2 u. 3): Ausgiebiger Mittellinienschnitt, Entfernung der Appendix, kleine Kontrainzisionen links und rechts neben der Spina, Drainage des Douglas, allgemeine methodische Spülung der Bauchhöhle (mit 10—40 Litern NaCl-Lösung), Naht der Bauchdecken bis auf die Drainageöffnungen, Beckentieflagerung.

An der Hand von statistischen Zusammenstellungen kommt Verf. zu dem Schluß, daß die Überlegenheit der Rotter'schen Modifikation der Peritonitisbehandlung (Verzicht auf die Douglasdrainage, Schluß der Bauchhöhle nach Austupfen der Spülflüssigkeit) gegenüber der Rehn'schen Behandlungsmethode statistisch nicht erwiesen ist. Behne (Kiel).

35) **R. Jelke (Bernburg). Intraperitoneale Anwendung von Collargol bei diffuser eitriger Peritonitis.** (Münch. med. Wochenschrift 1913. Nr. 33.)

Bei einer Anzahl schwerer Peritonitiden wurde das Collargol intraperitoneal angewendet. Es wurden 30 bis 50 ccm einer 2%igen Lösung mit einer Uterusspritze in alle Recessus eingebracht. Die Injektionen können durch das Drain wiederholt werden. Ohne einen erheblichen Reiz auf das Bauchfell auszuüben, wird das Collargol rasch aus der Bauchhöhle resorbiert. Zwei sehr bemerkenswerte Fälle werden beschrieben. Frickhinger (München).

36) **Arthur L. Grover (Jowa City). Tödliche Peritonitis infolge Infektion mit Bacillus coli.** (Journ. amer. med. assoc. 1913. Nr. 17.)

35jährige Pat., die vor 4 Monaten normal entbunden hatte, stirbt nach 4tägiger Erkrankung an Peritonitis.

Im Peritonealexsudat: Bakterium coli. Der Uterus zeigte eine für Bleistift durchgängige Perforation hinten am Fundus, die von einem 2 Zoll im Durchmesser großen nekrotischen Bezirk umgeben war.

Ein krimineller Eingriff war von der Pat. zwar strikte in Abrede gestellt, aber eingestandenermaßen in einer früheren Schwangerschaft versucht worden. Schottelius (Hamburg).

37) **C. H. Frazier (Philadelphia). Mesenterialcysten.** (Journ. amer. med. assoc. Bd. LXI. Nr. 2. p. 97.)

Große Mesenterialcyste, die bei 44jähriger Pat. im Verlaufe von 4 Jahren allmählich gewachsen war und mit gleichzeitiger Resektion einer Dünndarmschlinge glücklich entfernt wurde. Die Cyste hatte sich zwischen den Blättern des Mesenteriums der resezierten Schlinge entwickelt, maß 25 cm im Durchmesser und enthielt hämorrhagische Flüssigkeit und Blutkoagula. Ätiologisch ist die Cyste vielleicht auf einen Unfall zurückzuführen. Schottelius (Hamburg).

38) **A. L. Benedict (Buffalo). Bibliographie der Chyluscysten des Mesenteriums.** (Surgery, gynecology and obstetr. Vol. XVI. Nr. 6.)

Zusammenstellung von 96 Fällen aus der Literatur.

Robert Stern (Offenbach).

Originalmitteilungen und Referate für das Zentralblatt wolle man an *Prof. Dr. W. Stoeckel* in Kiel, Monographien, Sonderdrucke und Bücher-sendungen an *Prof. Dr. W. Stoeckel* oder an die Verlagshandlung von *Johann Ambrosius Barth*, Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. W. Stoeckel in Kiel.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Digitized by Google

Zentralblatt für Gynäkologie

begründet von HEINRICH FRITSCH

herausgegeben von

WALTER STOECKEL in Kiel.

37. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 44. Sonnabend, den 1. November 1913.

Inhalt.

Originalien: I. C. v. Wild, Über unsere Schrift- und Vortragssprache. — II. H. H. Schmid, Über dauernde Erweiterung des knöchernen Beckens durch Promontoriumresektion. — III. A. Solowij, Über eine seltene Ursache der spontanen Zerreißung der Gebärmutter während der Entbindung. — IV. J. S. Kalabin, Über die Anwendung des Phobrols in der geburtshilflichen und gynäkologischen Praxis.

Neue Bücher: 1) W. A. Freund, Autobiographie.

Pathologische Anatomie des Uterus: 2) Driessen, Gebärmutterschleimhaut. — 3) Ward, Endometritis. — 4) Cornet, 5) Goulliond, Uterustumor. — 6) Sweency, Leucoplacia uteri. — 7) Challer und Bovier, Hypertrophische Verlängerung des Collum uteri.

Allgemeine Geburtshilfe: 8) Markoe, Der praktische Arzt als Geburtshelfer. — 9) Denny, Normale Geburtsleitung. — 10) Steffan, Operative Geburtshilfe. — 11) Obst, Geburten in Beckenendlage. — 12) Welz, Geburtswehen. — 13) Ladinski, Frühes Schwangerschaftszeichen. — 14) Schwarz, Übertragene Gravidität. — 15) Hapke, Verspäteter Blasensprung. — 16) Weichsel, Querstand bei Kopflagen. — 17) Vogeler, Nachgeburtsblutungen. — 18) v. z. Mühlen, Fluor gravidarum.

Abderhalden's Reaktion: 19) Abderhalden u. Schiff, 20) Jellinghaus u. Lossa, 21) Gottschalk, 22) Rosenthal, 23) Urstein, 24) Lampé und Fuchs, Serodiagnostik.

Puerperalfieber: 25) Ward, 26) Ostreil, 27) Funck-Brentano und Roulland, 28) Wolf, Puerperale Sepsis. — 29) Patel und Dujol, 30) Hicks, Peritonitis. — 31) v. Reding, Uterusnekrose.

Mißbildungen der Genitalien: 32) Oliver, 33) Dostál, Pseudohermaphroditismus. — 34) Jurcic, 35) Prampolini, 36) Bassani, Atresia vaginae. — 37) Protopopescu, Künstliche Scheide. — 38) Durlacher, Gravidität bei Uterus bicornis unicollis. — 39) Jayuot und Fairise, Cysten des Wolff'schen Ganges.

Thrombose und Embolie: 40) Petrén, 41) v. Wenczel, 42) Runge, 43) Meurer, Thrombose und Embolie nach Operationen. — 44) Vauverts und Taucot, Thrombophlebitis puerperalis. — 45) Willett und Maeschtle, Thrombose der V. cava inf. — 46) Jellett, Beckenthrombose.

I.

Über unsere Schrift- und Vortragssprache.

Nachklänge an die 85. Naturforscherversammlung.

Von

C. v. Wild in Kassel.

Seit 4 Jahren hatte ich an keiner gynäkologischen Fachversammlung teilnehmen können, als ich die Sitzungen unserer Sektion der Naturforscherversammlung besuchte.

Da erlebte ich denn zunächst eine angenehme Überraschung, indem ich bemerkte, daß in den vergangenen Jahren die Worte »derselbe« und »welcher« fast vollständig aus den Vorträgen verschwunden zu sein scheinen. Überraschend war mir das deswegen, weil diese Worte, die doch in der Umgangssprache der gebildeten Laien vollkommen fehlen, also überflüssig sind, in unserer Fachliteratur

Digitized by Google

noch recht häufig vorkommen, obgleich der verdienstvolle Wustmann[1] schon vor ungefähr 20 Jahren gegen sie gekämpft hat, und es deshalb wohl endlich an der Zeit wäre, sie dahin zu verbannen, wohin sie allein gehören, nämlich in die Übungsbücher zum Übersetzen aus dem Deutschen ins Lateinische.

Dann war ich aber sehr unangenehm überrascht, zu bemerken, daß der falsche Gebrauch der Tempora der Vergangenheit einen wirklich außerordentlichen Umfang angenommen hat, und wenn das so weiter geht, können wir in kurzer Zeit in diesem Sinne sagen, »die Zeiten der Vergangenheit sind uns ein Buch mit sieben Siegeln«. — Fast überall, wo das Perfektum die grammatisch einzig richtige Zeitform ist, wird das Imperfektum gebraucht. Wir hören: »Wie ich bereits erwähnte«, »die Fälle, die wir in Halle mitteilten, beweisen«, diese Worte beziehen sich auf abgeschlossen vorliegende Tatsachen, auf die sich der Redner stützen will, nicht aber sollen sie die Handlung des Erwähnens und des Mitteilens schildern, es mußte also heißen »wie ich erwähnt habe«, »die wir mitgeteilt haben«. Wenn ein Vortragender sagt: Die Frauen, die wir so und so behandelten, boten die und die Erscheinungen dar, so schildert und erzählt er seinen Zuhörern etwas, während er ihnen über feststehende Tatsachen berichten will und diese von ihm Tatsachen hören sollen. Wenn er das will, muß er sagen: Die Frauen, die wir so behandelt haben, haben so reagiert usw. — Noch schlimmer ist der Gebrauch des Imperfektums statt des Plusquamperfektums: »Die Frauen, die so operiert wurden, fieberten nicht«, statt die Frauen, die so operiert waren, haben nicht gefiebert. In einer der letzten Nummern dieses Blattes steht geschrieben: »Von den Müttern kam eine zum Exitus, doch fällt derselbe (statt: dieser fällt aber) nicht der Behandlung zur Last, da die Verstorbene Wochen und Monate vorher blutete (statt: geblutet hatte) und zur Geburt in ganz ausgeblutetem Zustande kam (statt: gekommen war), so daß die Prognose eine äußerst infauste (statt: äußerst infaust) war.«

Woher der fälschliche Gebrauch des Imperfektums statt des Perfektums käme, konnte ich mir nicht erklären, glaubte mich aber zu erinnern, daß ich ihn von Süddeutschen zuerst gehört habe. Bei Wustmann fand ich zwei Erklärungen, entweder es sei eine Nachahmung des Englischen, wo das Perfektum ganz fehle, oder es stamme von den Süddeutschen, die ursprünglich gar kein Imperfektum im Gebrauch gehabt hätten und nun im Bestreben, sich der norddeutschen Sprechweise anzupassen, des Guten zu viel täten — und heute, muß man hinzufügen, suchen ihnen die Norddeutschen wieder in diesem Fehler zuvorzukommen. Die letztere Erklärung scheint mir die richtige zu sein. Denn es wäre ein in unserer Sprache einzig dastehendes Beispiel, daß sich ein Anglizismus plötzlich so auffallend unter uns breit machte. Das Imperfektum ist doch seiner Natur nach das Tempus der Schilderung, der Erzählung, insbesondere auch von Zuständen und Handlungen, die noch dauerten, als etwas anderes sich ereignete, während das Perfektum das Tempus der tatsächlichen Mitteilung, der Feststellung der gegenwärtigen Sachlage (Wustmann) genannt werden kann.

Daraus ergibt sich, daß für unsere Schrift- und Vortragssprache, wo es sich in der Regel um tatsächliche Mitteilungen und um Feststellung von Tatsachen handelt oder doch handeln sollte, der Gebrauch des Perfektums den des Imperfektums fast vollkommen verdrängen müßte. Wer sich die Wahl nicht überlegen will, kann also nach dem Grundsatze verfahren: Das Perfektum ist immer richtig, das Imperfektum meistens falsch.

---

[1] G. Wustmann, Allerhand Sprachdummheiten, ein Hilfsbuch für alle, die sich öffentlich der deutschen Sprache bedienen. Leipzig, F. W. Grunow.

Digitized by Google

Es ist nicht der Zweck dieser Zeilen, irgend Jemanden etwas am Zeuge zu flicken, sondern nur der, an der Beseitigung eines Schönheitsfehlers in unserer Schrift- und Vortragssprache in bescheidener Weise mitzuwirken. Manche von mir verehrte Leuchte unserer Wissenschaft und Kunst wird mehr oder weniger ironisch lächelnd denken, daß ich eine Attacke auf Windmühlen geritten hätte. Schadet nichts! Wenn's etwas hilft, dürfen sie sogar denken, daß die hierauf verwandte Tinte unnötig verspritzt — aber bitte sehr: nicht wurde, sondern worden ist.

II.

Aus der deutschen geburtshilflichen Klinik in Prag.
Vorstand: Prof. Dr. Kleinhans.

Über dauernde Erweiterung des knöchernen Beckens durch Promontoriumresektion[1].

Von
Dr. Hans Hermann Schmid,
I. Assistenten der Klinik.

Rotter (Budapest) und ich[2] waren unabhängig voneinander auf den Gedanken gekommen, bei engem Becken durch Resektion des Promontorium eine dauernde Erweiterung des knöchernen Geburtskanals zu schaffen; da das vorspringende Promontorium das wesentliche Geburtshindernis darstellt, muß man sich nur wundern, daß dieser eigentlich selbstverständliche Gedanke nicht früher schon gefaßt, bzw. in die Tat umgesetzt wurde. Daß er an zwei verschiedenen Orten selbständig auftauchte, spricht wohl zu seinen Gunsten.

Als ich die beiden ersten, in dieser Weise operierten Fälle in der wissenschaftlichen Gesellschaft deutscher Ärzte in Böhmen am 25. Oktober 1912 vorstellte, betonte ich ausdrücklich, daß ein definitives Urteil über den Wert dieser neuen Operation erst abgegeben werden kann, wenn eine folgende Geburt per vias naturales erfolgt sein wird. Dies ist nun in einem der acht Fälle, bei welchen an der deutschen geburtshilflichen Klinik in Prag die Promontoriumresektion ausgeführt wurde, geschehen.

Marie Z., 23 Jahre, IIIgravida, aufgenommen 22. I. 1913. Pat. war bis auf Blinddarmentzündung im 17. Lebensjahre stets gesund. Sie lernte angeblich spät laufen, weiß aber nichts Genaueres darüber anzugeben. Erste Geburt an der hiesigen Hebammenklinik am 14. XI. 1909; Wehenschwäche, Kolpeuryse; wegen drohender intrauteriner Asphyxie hohe Zange, Kind tot geboren (53 cm lang, 2900 g schwer). Geburtsdauer 76 Stunden.

Zweite Geburt am 20. X. 1911 an unserer Klinik. Die Frau ist 141 cm groß, grazil gebaut. Becken platt; Beckenmaße 27, 27½, 30, 17¼, 9½, 8. Promontorium mäßig stark vorspringend, nicht besonders hochstehend; Andeutung von doppeltem Promontorium; Kreuzbein flach. 14 Stunden nach Wehenbeginn ist

[1] Auszugsweise vorgetragen auf der 85. Versammlung Deutscher Naturforscher u. Ärzte in Wien am 23. September 1913.

[2] Schon Anfang 1911 hatte ich mit Fachkollegen über die von mir geplante Promontoriumresektion gesprochen, dieselbe aber an der Lebenden zunächst nicht ausgeführt, weil ich lieber, wie Rotter, außerhalb der Gravidität, prophylaktisch, operiert hätte. Allerdings habe ich es damals unterlassen, den theoretischen Vorschlag, auf diese Weise das enge Becken radikal zu heilen, als bloße Idee zu publizieren.

Digitized by Google

der Kopf noch über dem Beckeneingang beweglich in I. Hinterscheitelbeineinstellung. Walcher'sche Hängelage bei kräftigen Wehen ohne Erfolg. Daher Sectio caesarea aus relativer Indikation (Prof. Kleinhans); querer Fundalschnitt; Entwicklung des leicht asphyktischen Kindes (Nabelschnur zweimal um den Hals geschlungen); Pituitrin 2 ccm in den Uterusmuskel, welcher sich daraufhin gut kontrahiert; manuelle Lösung der Nachgeburt; seromuskuläre und seroseröse Seidenknopfnähte; Etagennaht der Bauchdecken. Kind 4000 g schwer, 52½ cm lang; dasselbe hat sich weiterhin gut entwickelt und ist derzeit gesund. Postoperativer Verlauf bis auf einmalige Temperatursteigerung auf 38,3° reaktionslos.

Dritte Gravidität: Letzte Menses 15. X. 1912. Aufgenommen 22. I. 1913. Laparotomienarbe und somatischer Befund ohne Besonderheiten, Corpus uteri einer 4monatigen Gravidität entsprechend vergrößert, aufgelockert, anteflektiert, beweglich.

Um eine Geburt per vias naturales zu ermöglichen, wird am 24. I. 1913 die Promontoriumresektion ausgeführt (Prof. Kleinhans). In Beckenhochlagerung Medianschnitt in der alten Narbe. Uterus einer 4monatigen Gravidität entsprechend vergrößert; im Fundus die etwas schräg von links vorn nach rechts hinten verlaufende Kaiserschnittnarbe, welche durchaus solid erscheint, nirgends eine Ausbuchtung zeigt. Das an der Narbe adhärente große Netz wird stumpf ohne nennenswerte Blutung gelöst. Der Uterus wird in das kleine Becken hinab und mittels Spatels gegen die Symphyse zu geschoben, um das Promontorium in genügender Ausdehnung freizulegen; dieses Vorgehen erscheint schonender für das Weiterbestehen der Gravidität als eine Luxation des Uterus vor die Bauchdecken. 8 cm langer Medianschnitt durch das Peritoneum über dem Promontorium. Durchtrennung der Arteria sacralis media mit ihren zwei Begleitvenen zwischen Ligaturen. Abmeißeln des Promontorium mit dem größten Teile des V. Lendenwirbels, des ersten und der oberen Hälte des II. Sakralwirbels. Zunächst keine Blutung, zum Schluß von rechts aus der Tiefe venöse Blutung; provisorische Tamponade. Inzwischen Exstirpation der 12 cm langen, in der Mitte obliterierten, an der Spitze mit dem Coecum durch alte Adhäsionen verlöteten Appendix. Nach Entfernung der Tamponade keine Blutung mehr. Fortlaufende Naht des hinteren Peritonealblattes. Conjugata vera, vor der Abmeißelung direkt gemessen 8,2 cm, nachher 10,2 cm. Naht der Bauchdecken in drei Etagen.

Höchste Temperatur post operationem 37,2°. Am 2. bis 4. Tage post operationem Kreuzschmerzen, geringe Druckempfindlichkeit der Dornfortsätze des IV. und V. Lenden- und I. Sakralwirbels; am 4. Tage Schmerzen im rechten Beine, welche bald nachlassen. An den ersten 3 Tagen zur Verhütung von Wehen Pantopon, am 10. Tage steht Pat. auf, beim Stehen und Gehen keine Beschwerden von seiten der Wirbelsäule, nur Schmerzen im Bereiche des rechten Nervus ischiadicus, welche in den nächsten Tagen noch zunehmen. Ausgesprochene Druckpunkte an den typischen Stellen. Bei vaginaler Untersuchung ist die Gegend des ehemaligen Promontorium etwas druckempfindlich; Kallus nicht nachweisbar. Am 15. II. 1913 nach Hause entlassen, Ischias wesentlich gebessert; Bücken und Überstrecken der Wirbelsäule gut möglich ohne besondere Schmerzen.

3. III. 1913 Fundus uteri in Nabelhöhe; Portio 3 cm lang, Kopf von vorderem Scheidengewölbe aus tastbar. Kein Kallus. Gegend des ehemaligen Promontorium etwas druckempfindlich. Keine Ischiassymptome mehr, auch sonst keinerlei Beschwerden.

3. V. 1913 Fundus uteri 4 Querfinger unter dem Processus xyphoideus; labile Beckenendlage. Herztöne in Nabelhöhe.

Digitized by Google

24. VI. 1913 Cervicalkanal 5 cm lang, für einen Finger durchgängig, Blase steht; hoch und sehr beweglich ein Fuß tastbar. Kopf links im Fundus. 26. VI. Labile Kopflage.

29. VI. 1913 ab 2 Uhr nachm. Wehen, Kopf nach links abgewichen, in Rückenlage durch äußere Handgriffe über den Beckeneingang zu bringen. Linke Seitenlage. 8 Uhr nachm. sehr starke Wehen. Erste, dorsoposteriore Querlage. Muttermund 4 cm im Durchmesser, Blase stark vorgewölbt. In der Wehenpause gelingt es leicht, durch äußere Handgriffe den Kopf über den Beckeneingang zu bringen, die starken Wehen hindern aber eine dauernde Fixation mit der Hand, so daß der Kopf immer wieder abweicht. Sehr viel Fruchtwasser. 10 Uhr nachm. Muttermund 6 cm im Durchmesser. Um einen spontanen Blasensprung mit eventuellem Nabelschnurvorfall zu verhüten, soll die Blase höher oben gesprengt und nach langsamem Fruchtwasserabfluß versucht werden, den Kopf ins Becken zu leiten. 10 Uhr 45 nachm. Jodtinkturdesinfektion der Vulva und ihrer Umgebung; Ätherrausch wegen Unruhe der Gebärenden. Sprengung der Blase oberhalb des Muttermundes mittels des v. Herff'schen Instrumentes. Sehr reichlich Fruchtwasser, schätzungsweise 3 Liter. Bei den Versuchen, den Kopf durch äußere Handgriffe unter Kontrolle der inneren linken Hand an den Beckeneingang zu bringen, fällt eine rhythmisch pulsierende Nabelschnurschlinge vor. Da der Muttermund fast ganz verstrichen ist, wird sogleich die Wendung auf den rechten Fuß ausgeführt und die Extraktion angeschlossen (Schmid). Bei der Extraktion gelingt der A. Müller'sche Handgriff nicht. Der linke Arm ist emporgeschlagen und muß digital gelöst werden, der rechte ist gebeugt und fällt fast von selbst heraus. Gesicht des Kindes nach der rechten Mutterseite zu gewendet. Smellie-Veit-scher Handgriff spielend leicht unter einfacher Impression des Kopfes von außen. Das Kind hat etwas blutigen Schleim im Munde, ist aber nicht asphyktisch, sondern atmet und schreit sogleich. Länge 50 cm, Gewicht 3120 g. Prophylaktisch Glanduitrin 1,0 ccm während der Extraktion. Placenta nach 2 Stunden noch nicht gelöst. Abgang von 600 ccm Blut bis dahin. Credé, auch in Narkose, erfolglos, daher manuelle Lösung (Schmid). Während derselben heftige Blutung; ein Teil der Placenta gelöst, der größere Teil an der vorderen Wand und im Fundus mäßig fest adhärent. Uterus ganz schlaff, dehnt sich während der manuellen Lösung fast bis zum Rippenbogen aus. Nach Entfernung der Placenta manuelle Aortenkompression, Glanduitrin 2,0 ccm subkutan, Uterusmassage, heiße intrauterine Spülung mit 4 Liter steriler, 40°iger Kochsalzlösung; Uterus weiter atonisch; beim Nachlassen der Aortenkompression blutet es weiter. Injektion von Glanduitrin 2,0 ccm mittels langer Nadel vom Cavum uteri aus in die vordere und hintere Korpuswand unter Kontrolle durch die äußere Hand. Sofortige Wirkung, Uterus kontrahiert sich prompt und bleibt weiterhin hart, wird noch durch 6 Stunden ununterbrochen überwacht; keine nennenswerte Blutung mehr. Gesamtblutverlust 1500 g (gemessen) plus schätzungsweise 300 g. Puls 132, Blässe, Übelkeit, nach Sauerstoffinhalationen und intravenöser Infusion von 120 ccm Kochsalzlösung erholt sich Pat. zusehends. Wochenbett afebril, Wöchnerin steht am 7. Tage auf, stillt das Kind selbst, das weiterhin gut gedeiht. Bei der Entlassung am 24. VII. 1913 normale Involution des Uterus, Vorderfläche des ehemaligen Promontorium nicht druckempfindlich, kein Kallus, keine Ischiassymptome. Auf der Röntgenplatte sind die Verhältnisse nicht sehr scharf zu sehen.

Nachuntersuchung am 3. IX. 1913: Wohlbefinden von Mutter und Kind. Keinerlei Symptome von seiten des Operationsbereiches. Vorderseite des neuen, flächenhaften »Promontorium« ganz glatt, von der Vagina und von den Bauch-

Digitized by Google

decken aus bequem abzutasten; auch in der Umgebung, entsprechend dem Rande der periostentblößten Stelle, keine Knochenneubildung nachweisbar.

Es handelt sich also, kurz zusammengefaßt, um eine 23jährige III. Gravide, bei der die erste Geburt durch atypischen Forceps mit totem Kinde beendigt worden war; bei der zweiten Geburt Sectio caesarea aus relativer Indikation, nachdem aus dem Geburtsverlauf ersichtlich wurde, daß auf eine spontane Geburt nicht zu rechnen sei. In der dritten Schwangerschaft Promontoriumresektion im 4. Lunarmonate ohne Unterbrechung der Gravidität; Geburt eines reifen, lebenden Kindes, zwar nicht spontan, aber per vias naturales (Wendung, Extraktion wegen Querlage und Nabelschnurvorfalles).

Es ist somit durch diesen Fall der Beweis erbracht worden, daß die von Rotter und mir angegebene Operation ihren Zweck erfüllt, eine dauernde Erweiterung des engen Beckens zu schaffen und die Geburt eines reifen, lebenden Kindes per vias naturales zu ermöglichen. Damit ist auch der hauptsächlichste Einwand, welchen man gegen das neue Verfahren machen mußte, daß Kallusbildung das Operationsresultat beeinträchtigen könnte, widerlegt. Gleich hier sei bemerkt, daß auch bei den übrigen Fällen, welche an der deutschen geburtshilflichen Klinik in Prag der Operation unterzogen wurden, niemals Kallusbildung beobachtet wurde.

Von Grosser wurde in der Diskussion zu meinem Vortrage bemerkt, daß nach Durchtrennung des Ligamentum longitudinale anterius die Gefahr einer Kontinuitätstrennung der Wirbelsäule an der geschwächten Stelle bestehe, wenn die Frau aufstehe, oder gar bei Überstreckung der Wirbelsäule. Dieses Bedenken hat sich ebenfalls nach dem Verlaufe unserer Fälle als ungerechtfertigt erwiesen. Übrigens bleibt ja, wie Gerstenberg schon erwähnt hat, rechts und links vom ehemaligen Promontorium noch ein Streifen des Ligamentum longitudinale anterius unverletzt zurück.

Gerstenberg erhob gegen die Abmeißelung des Promontorium den Vorwurf, daß nach gelungener Operation die neue Conjugata, d. i. die kürzeste Verbindung zwischen Symphyse und unterem Rande der Resektionsfläche immer noch zu kurz sein würde. Demgegenüber ist zu erwidern, daß infolge der Neigung der Symphyse hier ohnedies ein Ausweg für das durchtretende Kind an der vorderen Zirkumferenz des Beckens besteht. Ferner ist es nicht richtig, wie Gerstenberg meint, daß Becken mit doppeltem Promontorium für die Methode ungeeignet sind. Man muß nur in solchen Fällen auch das »zweite« Promontorium mit abmeißeln. In den letzten Fällen, welche bei uns operiert wurden, fiel der untere Rand der Resektionsfläche immer schon an die untere Grenze des II. oder gar in den III. Kreuzbeinwirbel. Die beste Widerlegung der rein theoretischen Ablehnung der Methode durch Gerstenberg bildet eben der mitgeteilte Fall.

Natürlich darf man sich nicht dazu verleiten lassen, gar zu enge Becken auf diese Weise heilen zu wollen. Zahlenmäßige Grenzen hier festzulegen ist ebenso schwer wie bei anderen geburtshilflichen Operationen. Doch erscheint es nicht zweckmäßig, die Operation bei einer Conjugata vera unter 7 cm vorzunehmen, ein Punkt, auf den schon Rotter hingewiesen hat.

Rotter hält in seiner letzten Publikation die Ausführung der Promontoriumresektion im Anschluß an die Sectio caesarea nicht für ganz rationell wegen der Gefahr der Zerreißung der Kaiserschnittsnarbe. Diese Gefahr ist wohl, exakte Nahttechnik vorausgesetzt, als eine ganz minimale zu bezeichnen. Da sich nicht viele Frauen, so wie Rotter's Pat., zu diesem Eingriff außerhalb der Schwangerschaft entschließen dürften oder wenigstens in den ersten Monaten derselben,

Digitized by Google

wie in unserem oben mitgeteilten Falle (wobei allerdings eine Sectio caesarea bei der vorigen Geburt vorausgegangen war), so wird man wohl gezwungen sein, die Promontoriumresektion im Anschluß an die ohnehin notwendige Sectio caesarea auszuführen; nur so ist es möglich, das Kind der vorliegenden Gravidität zu retten und dabei möglichst viele Frauen dieser segensreichen Operation teilhaftig werden zu lassen. Bei uns wurden auch die anderen sieben Fälle von Promontoriumresektion, unter denen leider ein Todesfall zu verzeichnen ist, in dieser Weise behandelt.

1) Wilhelmine J., 21 Jahre, Igravida, aufgenommen 26. IX. 1912. Geringe Skoliose und andere Zeichen von Rachitis am Skelett. Plattes Becken. Maße: $27^1/_2$, $29^1/_2$, 32, 18, $9^1/_2$, $7^1/_2$. Promontorium stark vorspringend, hochstehend; Kreuzbein flach; tiefe, seitliche Beckenbuchten. 7. X.: Nach 36stündiger Wehentätigkeit Kopf in Vorderscheitelbeineinstellung dem Beckeneingange angepreßt; kein Eintritt des Kopfes bei Walcher'scher Hängelage und guter Wehentätigkeit nach Injektion von Glanduitrin. Sectio caesarea (Schmid) bei stehender Fruchtblase; querer Fundalschnitt mit Vermeidung der Placentarinsertion an der vorderen Uteruswand; Extraktion des kindlichen Kopfes schwierig, mittels eines Veit-Smellie ähnlichen Handgriffes, da der Kopf von dem gedehnten unteren Uterinsegment fest umklammert wird. Kind 3100 g schwer, 50 cm lang, leicht asphyktisch. Glanduitrininjektion in den Uterus, Entfernung der spontan fast vollständig gelösten Placenta. Uterusnaht. Beckenhochlagerung. Luxation des Uterus über die Symphyse nach außen. Promontoriumresektion. Dauer der gesamten Operation (der ersten überhaupt ausgeführten Promontoriumresektion) 1 Stunde 10 Minuten. Geringe Temperatursteigerung in den ersten 3 Tagen, sonst glatter Verlauf, bei der Entlassung am 28. X. 1912 keine Kallusbildung nachweisbar.

2) Marie M., 32 Jahre, IVgravida, aufgenommen 3. IX. 1912. Erste und zweite Geburt durch Perforation beendet; dritte Geburt spontan in Kopflage, totes Kind. Typisches, rachitisch plattes Becken ($25^1/_4$, $27^1/_2$, $32^1/_2$, $18^1/_2$, $9^1/_2$, $7^3/_4$, Bylicki $7^3/_4$). 8. X. Blasensprung ohne Wehentätigkeit, die Wehen kommen durch Glanuditrin prompt in Gang. Kopf über dem Beckeneingang ballotierend. 3 Stunden nach dem Blasensprung Operation (Prof. Kleinhans), Medianschnitt durch die vordere Uteruswand; Entwicklung des Kindes ohne Schwierigkeiten; dasselbe ist 3720 g schwer, 51 cm lang, asphyktisch, bald wieder belebt. Uterus atonisch, kontrahiert sich erst nach der zweiten Injektion von Glanduitrin, 2 ccm in den Uterus selbst. Nach typischer Naht des Uterus Luxation desselben über die Symphyse und Resektion des Promontorium. In der 1. Woche post operationem Temperatursteigerungen pulmonalen Ursprungs (Erbrechen während der Narkose), weiterhin reaktionsloser Verlauf. Trotz anfänglichen Milchmangels wurde das Kind nur von der Mutter gestillt, nachdem es gelungen war, die Milchsekretion durch Anlegen einer Saugglocke nach Jaschke zu verstärken. Entlassung am 29. X. 1912; nach brieflichem Berichte von Mai 1913 sind Mutter und Kind gesund.

3) Marie D., 21 Jahre, aufgenommen 12. XI. 1912 als Erstgebärende. Allgemein verengtes, plattes Becken ($24^1/_2$, 27, 30, 17, $9^1/_2$, 7). Promontorium stark vorspringend, hochstehend, doppeltes Promontorium, Symphysenknorpel $^1/_2$ cm vorspringend, Symphyse 6 cm hoch. Nach dem Blasensprunge, wobei der Muttermund erst für 2 Finger durchgängig ist, Glanduitrininjektion; kräftige Wehen; Kopf in Hinterscheitelbeineinstellung angepreßt während der Wehen dem Beckeneingang, weicht in den Wehenpause seitlich ab. 24 Stunden nach Wehen-

Digitized by Google

beginn, 18 Stunden nach dem Blasensprung ist der Kopf nicht tiefer getreten, daher Operation (Prof. Kleinhans). Querer Fundalschnitt, Kind 3650 g schwer, 50 cm lang. Vor dem Promontorium eine atypische, federkieldicke Vene in tieferer Schicht gelegen als die Arteria sacralis media mit ihren Begleitvenen. Im übrigen typische Operation. Glatter Verlauf, Mutter und Kind werden am 27. XI. 1912 gesund entlassen.

4) Anna K., 20 Jahre, aufgenommen 17. XII. 1912 als Erstgebärende. Sie hat mit 4 Jahren laufen gelernt. Rechtskonvexe Skoliose der Brustwirbelsäule. Allgemein und schräg verengtes, rachitisch plattes Becken ($26^1/_2$, 27, $28^1/_2$, 16, $8^3/_4$, 7). Promontorium stark vorspringend, typisch rachitisches Kreuzbein, rechte Beckenbucht weniger geräumig als die linke, Symphyse 5 cm hoch, Knorpel 1 cm weit vorspringend. 13 Stunden nach Wehenbeginn wird bei stehender Fruchtblase die Sectio caesarea ausgeführt; Placenta an der Vorderfläche des Uterus sitzend, querer Fundalschnitt; Kind 3150 g schwer, $49^1/_2$ cm lang, nicht asphyktisch. Nach Naht des Uterus Resektion des Promontorium (Schmid) bis zum II. Kreuzbeinwirbel inklusive; stärkere venöse Blutung aus den Knochen, provisorische Tamponade. Nach Entfernung derselben fortlaufende Naht des hinteren Peritonealblattes, Tamponade des Douglas. Unterdessen Exstirpation der zwei Kotsteine enthaltenden, sonst freien Appendix. Bei Entfernung des Douglastampons kein Hämatom. Conjugata vera nach der Promontoriumresektion $9^3/_4$, vorher 8 cm (direkte Messung bei eröffneter Bauchhöhle). Glatter Verlauf. Wegen Milchmangels Saugglocke. 30. XII. Mutter und Kind gesund entlassen. Nachuntersuchung am 4. III. 1913: Promontoriumresektionsfläche glatt, nicht druckschmerzhaft, auch von den Bauchdecken aus gut zu palpieren. Keine Spur von Kallusbildung. Keinerlei Beschwerden beim Gehen, Stehen und Bücken, keine Kreuzschmerzen.

5) Barbara S., 28 Jahre, aufgenommen am 14. II. 1913 als Igravida. Plattes Becken (27, 30, $33^1/_2$, 20, $10^1/_4$, $8^1/_4$), Promontorium hochstehend, stark vorspringend. 31. III. 18 Stunden nach Wehenbeginn Operation (Schmid); querer Fundalschnitt, Kind 4550 g schwer, 54 cm lang. Resektion des Promontorium bis zum III. Kreuzbeinwirbel; auffallend geringe Blutung, Appendektomie. Conjugata vera vor der Abmeißelung 8,8, nach derselben 11,5, zum nächsten Punkte am unteren Ende der Resektionsfläche 9,6. Am 2. Tage post operationem Temperatur 38,0°, Puls 144, Abdomen stark aufgetrieben, Erbrechen, kein Abgang von Stuhl und Winden; nach Magenspülung, wobei fäkulent riechende Massen in reichlicher Menge entleert werden, Besserung. Abgang von Winden. In der Annahme eines mesenterialen Darmverschlusses wird Bauchlage versucht, von der Pat. aber nicht länger als 10 Minuten ausgehalten. Am 3. Tage post operationem zunächst Besserung des Zustandes nach neuerlicher Kochsalzinfusion, dann rapider Verfall und Exitus letalis. Obduktion (Doz. Dr. Lucksch). Meteorismus des Darmes und frische, serös-fibrinöse Peritonitis; Milztumor; Lipomatosis cordis ge ringen Grades.

6) Franziska O., 21 Jahre, aufgenommen am 5. V. 1913 als Igravida. Allgemein verengtes, plattes Becken ($21^1/_2$, $25^1/_2$, 28, $18^1/_2$, $10^3/_4$, $9^1/_4$). Vorzeitiger Blasensprung am 27. VI. Stärkere Wehen treten erst am 30. VI. abends nach Injektion von Glanduitrin auf. II. Kopflage. 1. VII. Herztöne schwanken in der Frequenz zwischen 80 und 132 durch eine Stunde. Da (bei rektaler Untersuchung) die Portio noch immer nicht ganz verstrichen und der Kopf noch immer beweglich ist, wird mit Rücksicht auf das Leben des Kindes die Sectio caesarea ausgeführt; querer Fundalschnitt, Kind 3050 g schwer, $48^1/_2$ cm lang. Conjugata vera bei

Digitized by Google

direkter Messung $9^1/_2$ cm; das Ausbleiben des Tiefertretens des Kopfes bei dieser nicht übermäßig stark verkürzten Conjugata erklärt sich daraus, daß die beiden Schambeine an der Symphyse miteinander einen Winkel von ca. 120° bilden, daß also der vordere Halbring des Beckens vom Kopfe nicht ordentlich ausgenützt werden konnte. Resektion eines 1,6 cm dicken Promontoriumabschnittes (Schmid) bis zum III. Kreuzbeinwirbel ohne nennenswerte Knochenblutung. Appendix, mit der Spitze durch alte Adhäsionen in der Gegend der rechten Articulatio sacroiliaca adhärent, wird exstirpiert. Im Wochenbett Mastitis, sonst glatter Verlauf. Mutter und Kind am 19. VII. 1913 gesund entlassen.

7) Katharina P., 23 Jahre, aufgenommen am 31. VII. 1913 als IIgravida. Sie hat mit 2 Jahren laufen gelernt. Erste Geburt vor 2 Jahren auswärts durch Perforation des abgestorbenen Kindes beendet; dieses wog enthirnt 3 kg. Plattes Becken (23, 26, 29, $18^1/_2$, 10, 8). Promontorium stark vorspringend, hochstehend; Kreuzbein flach; Andeutung von doppeltem Promontorium; Symphysenknorpel fast 1 cm weit vorspringend. 9. IX. 1913. 9 Stunden nach Wehenbeginn bei ganz beweglichem Kopf und stehender Blase Operation (Schmid): Sectio caesarea; Placenta an der vorderen Wand; querer Fundalschnitt. Kind 3420 g schwer, $49^1/_2$ cm lang. Nach typischer Uterusnaht und Luxation des Uterus über die Symphyse zunächst Entleerung von Gasen aus der stark geblähten Flexura sigmoidea mittels Darmrohres, das vom Anus aus eingeführt wird. Conjugata vera 7,4 cm (direkt gemessen); Resektion eines 2 cm dicken Stückes des Promontorium vom mittleren Drittel des V. Lendenwirbels bis zum III. Kreuzbeinwirbel inklusive; Knochenblutung minimal. Exstirpation der von alten Adhäsionen umgebenen Appendix. — In den ersten Tagen post operationem geringe Temperatursteigerung infolge von Bronchitis; wegen letzterer wird Pat. am 2. Tage herausgesetzt, geht dabei ohne Erlaubnis gleich im Zimmer herum, ohne eine Spur von Schmerzen in der Wirbelsäule. Weiterhin reaktionsloser Verlauf. Keine Empfindlichkeit der Gegend des Operationsbereiches bei Beklopfen des Kreuzbeines von hinten, beim Gehen, Bücken und Überstrecken der Wirbelsäule.

Die Technik der Promontoriumresektion gestaltete sich in unseren Fällen folgendermaßen: Der Uterus wird mit einem breiten Spatel nach vorn und oben gedrückt; nach medianer Spaltung des hinteren Peritonealblattes in einer Ausdehnung von ca. 10 cm wird dasselbe Spatel in die Peritonealwunde eingeführt, um ihre Ränder unten zu spreizen. Zur Spreizung des oberen Anteiles der Peritonealwunde und zur Abhaltung der Flexura sigmoidea haben sich nach mehrfachen Versuchen mit Instrumenten doch die Finger des Assistenten als am zweckmäßigsten erwiesen, obwohl wir sonst bemüht sind, möglichst wenig mit den Fingern die Operationswunde zu berühren. Die Arteria sacralis media und ihre Begleitvenen werden doppelt umstochen und durchtrennt, das Abschieben des lockeren Bindegewebes vor dem Kreuzbein macht keinerlei Schwierigkeiten. Die Arteriae und Venae iliacae communes haben uns nie gestört[3]. Niemals war es notwendig, dieselben mit stumpfen Haken zu verziehen, wie Gerstenberg auf Grund nur theoretischer Überlegungen empfiehlt. Auch seine Bedenken gegen die starke Blutung aus dem Knochen fanden in unseren Fällen ebensowenig wie in dem Falle von Rotter Bestätigung. Stets genügte provisorische Tamponade zur Blutstillung. Es wurden durchwegs $1^1/_2$—2 cm dicke Stücke des Knochens ent-

[3] Bei Leichenversuchen an nicht verengten Becken fand sich häufig die Vena iliaca com. sin. am oberen Rande des V. Lendenwirbels, während sie bei den Operationen in viva mit plattem Becken höher oben oder überhaupt nicht sichtbar wurde; möglicherweise wird sie gerade durch das vorspringende Promontorium etwas nach oben verschoben.

Digitized by Google

fernt. Wir bedienen uns dazu eines 26 cm langen Hohlmeißels, dessen Schneide 18 mm breit ist, eines gewöhnlichen chirurgischen Hammers, in manchen Fällen einer 26 cm langen, kräftig gebauten Luer'schen Knochenzange. Letztere anzuwenden war nicht einmal in allen Fällen erforderlich. Zur Abhaltung des Uterus dient ein eigens hierzu konstruiertes, $6^3/_4$ cm breites, gebogenes Spatel. Ligamentum longitudinale anterius und Periost werden natürlich mit dem Knochen entfernt.

Von postoperativen Störungen wurde nur in dem ersten mitgeteilten Falle Ischias beobachtet. Ob dieselbe auf die Operation zurückzuführen ist, ist schwer zu entscheiden. Daß niemals Gehstörungen, Schmerzen beim Stehen, Gehen oder Bücken beobachtet wurden, ist bereits erwähnt worden. Was den einen Todesfall am 3. Tage post operationem betrifft, bei welchem das klinische Bild einen hochsitzenden Ileus vermuten ließ, die Obduktion jedoch eine geringgradige fibrinöse Peritonitis ergab, so fällt derselbe wohl der Klinik zur Last, da die Frau auswärts nicht untersucht worden war. Dieser eine höchst bedauerliche Todesfall wäre wohl auch im Anschluß an die Sectio caesarea allein aufgetreten; es ist daher nicht gerechtfertigt, gerade die Promontoriumresektion dafür verantwortlich zu machen. Woher die Infektion ausgegangen ist, konnte auch durch die Obduktion nicht sichergestellt werden.

Nur kurz erwähnt sei, daß die Promontoriumresektion zwar früher nie von Geburtshelfern ausgeführt wurde, daß aber von chirurgischer Seite Mitteilungen vorliegen über operative Eingriffe in der Umgebung des Promontorium, und zwar wurden tuberkulöse Affektionen der Wirbelsäule und des Sacroiliacalgelenks mehrfach mit Erfolg transperitoneal operiert (Fischer, W. Müller, Jourdan); ferner wurde infolge Fehldiagnose ein metastatisches Karzinom des III. Lendenwirbelkörpers (nach primärem Karzinom der Bronchialschleimhaut) auf diesem Wege operativ angegangen (Kausch), sowie ein metastatisches Karzinom (primärer Tumor in den Gallengängen) als inoperabel erkannt und ein weit vorgeschrittener primärer Tumor (Peritheliom) des Kreuzbeins palliativ operiert (Jordan).

Auf Grund unserer Erfahrungen möchte ich mein Urteil über die von Rotter und mir angegebene Operation folgendermaßen zusammenfassen:

1) Bei der Promontoriumresektion kann man ohne Bedenken Knochenstücke bis 2 cm Dicke abmeißeln; es empfiehlt sich dabei die untere Grenze der Resektionsfläche mindestens bis zum unteren Rande des II. Kreuzbeinwirbels auszudehnen.

2) In der Regel wird man die Operation im Anschluß an die Sectio caesarea aus relativer Indikation ausführen. Da man intraperitoneal operieren, d. h. die klassische Sectio caesarea ausführen muß, sind infektionsverdächtige Fälle, bei welchen man extraperitoneal vorgehen will, somit von vornherein ausgeschlossen.

3) Die Promontoriumresektion ist derzeit die beste Methode, welche eine dauernde Erweiterung des knöchernen Beckens und damit die spätere Geburt eines reifen, lebenden Kindes per vias naturales gestattet. Durch diese Operation ist zum ersten Male eine wirklich kausale Therapie des engen Beckens geschaffen worden.

Literatur:

H. Rotter, Verfahren zur Heilung enger Becken. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 12. p. 385 und 1913. Nr. 2. p. 52.

Digitized by Google

H. H. Schmid, Resektion des Promontorium. Vortrag in der wissenschaftlichen Gesellschaft deutscher Ärzte in Böhmen. Prager med. Wochenschr. 1912. Nr. 48.

Gerstenberg, Verfahren zur Heilung enger Becken. Zentralbl. f. Gynäkol. 1913. Nr. 12. p. 409.

F. Fischer, Tuberkulose des Ileosacralgelenkes. Bericht über die chirurgische Klinik in Straßburg i. E. vom 20. II. bis 1. X. 1894. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1896. Bd. XLIII. p. 439.

W. Müller, Transperitoneale Freilegung der Wirbelsäule bei tuberkulöser Spondylitis. Deutsche Zeitschr. für Chir. 1905. Bd. LXXXV. p. 128.

Kausch. Die Resektion der Lendenwirbelkörper. Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie 1910. Bd. CVI. p. 346.

Sophie Jourdan, Erfahrungen über den transperitonealen Weg bei Operationen an der Wirbelsäule. Beitr. z. klin. Chir. 1912. Bd. LXXXII. p. 385.

III.

Aus der geburtsh.-gyn. Abteilung des allg. Landeskrankenhauses in Lemberg.

Über eine seltene Ursache der spontanen Zerreißung der Gebärmutter während der Entbindung.

Von

Prof. Dr. A. Solowij in Lemberg.

Erworbene Veränderungen der Gebärmutterwand führen nicht selten zur spontanen Zerreißung der Gebärmutter während der Entbindung. Abnorme Ausdehnung oder dauernde Schädigung des Gebärmutterhalses durch Auseinanderzerrung und Degeneration der Muskelfasern, wie sie bei Mehrgebärenden, besonders solchen mit räumlichem Geburtshindernis beobachtet wird, kommt hier meistens in Betracht. Durch allmähliches Auseinanderweichen der prädisponierten Uterusmuskulatur kommt oft überraschend leicht die Ruptur zustande. Tiefer Sitz der Placenta gehört hier gleichfalls zu prädisponierenden Momenten.

Im Gebärmutterkörper dagegen kommt die spontane Ruptur unvergleichlich seltener zustande und ist meistens auf Verdünnung der Wand an der Placentarstelle infolge Einwucherns der Zotten (besonders bei Tubeneckenplacenta) sowie auf Divertikel- und Narbenbildungen nach Kaiserschnitt zurückzuführen.

Über Adhäsionen der Gebärmutter mit ihrer Umgebung als Ursache der Gebärmutterzerreißung während der Entbindung finden sich nur sehr spärliche Aufzeichnungen in der Literatur.

H. W. Freund (1) meint in seiner bekannten Monographie, daß partielle, zur Ruptur disponierende Atrophie durch Adhäsionen des Uterus mit seiner Umgebung bedingt sein kann. Diese Adhäsionen müßten nach Freund ausgebreitet und sehr fest sein, sonst würde eher Dehnung oder Zerreißung derselben, mitunter auch Achsendrehung des Darmes eintreten. H. W. Freund meint hier also Rupturen, welche wegen Atrophie der Gebärmutterwand an der Stelle der Verwachsung selbst entstehen können. Ganz entgegengesetzt aber wirken die Adhäsionen, welche infolge der Immobilisierung der Gebärmutterwand an der Verwachsungsstelle die freie Partie der Gebärmutterwand abnorm starker Ausdehnung und Zerreißungsgefahr aussetzen. In der mir zugänglichen Literatur der letzten 10 Jahre fand ich einen Fall von Pinard, Segond und Couvelaire (2), wo eine ausgedehnte Verwachsung der hinteren Wand der schwangeren Gebärmutter eine übermäßige Ausdehnung der freien vorderen Wand des unteren Uterinsegmentes zustande gebracht hat. Das Kind lag schief, und der drohenden Uterusruptur wurde durch Kaiserschnitt vorgebeugt.

Digitized by Google

Hierher gehört auch der Fall Fonyó's (3), wo die Verwachsungen der hinteren Wand der Gebärmutter mit dem Kreuzbein eine partielle Retroflexion der graviden Gebärmutter und Schwierigkeiten während der Entbindung herbeigeführt haben. Außer den Fällen, welche Fonyó zitiert, möge auch auf die Arbeit Wertheim's (4) verwiesen werden.

Solche Fälle sind selten, und deshalb erscheint es gerechtfertigt, über einen ungewöhnlichen Fall zu berichten, den ich im vorigen Jahre beobachtet habe, und welcher infolge der Verwachsungen der hinteren Wand der Gebärmutter zur Ruptur der vorderen Wand geführt hat.

W. R. aus Lemberg, war schon vor 5 Jahren in ärztlicher Behandlung wegen Unfruchtbarkeit nach überstandener Entzündung der Adnexe gonorrhoischen Ursprunges. Es wurde damals fixierte Retro-sinistroflexion der Gebärmutter festgestellt. Nach längerer Massagebehandlung gelang es, die Gebärmutter nach vorn zu reponieren; sie behielt aber trotz Pessarbenutzung auch weiter die Tendenz, nach rückwärts zu prolabieren. Bald darauf trat die erste Schwangerschaft ein. Schon im 2. Schwangerschaftsmonat trat eine Divertikelbildung der hinteren Wand des Gebärmutterkörpers auf, deren Entstehung auf Zusammenwachsung des Mastdarms mit der hinteren Gebärmutterwand zurückgeführt wurde. Diese Divertikelbildung erhielt sich bis Ende der Schwangerschaft, und während der Entbindung (November 1908) in Steißlage der Frucht erweiterte sich sehr langsam der unterhalb des Divertikels befindliche Teil der Gebärmutter. Infolgedessen entschloß sich der behandelnde Kollege, sobald der Muttermund für 4 Finger durchgängig wurde, einen Fuß bei hochstehendem Steiß herabzuschlagen. Die Herabholung des Fußes war sehr schwer, am schwierigsten aber die Lösung der Arme, wobei ein Arm gebrochen wurde. Leichte, spontane Ablösung der Placenta. Wochenbett normal. Nach Beendigung desselben wieder Retroflexion der Gebärmutter, die auch 3 Jahre später (im Oktober 1911) bei Beginn der zweiten Schwangerschaft konstatiert wurde.

16. Juli 1912 zweite Entbindung. In den Morgenstunden der innere Muttermund noch geschlossen. Durch das vordere Scheidengewölbe fühlt man den Steiß der Frucht über dem Beckeneingang, durch das hintere Scheidengewölbe keine Divertikelbildung der hinteren Gebärmutterwand wahrnehmbar. 4 Uhr nachmittags Blasensprung, eine Stunde später Muttermund verstrichen, Drangwehen, Steiß in Beckenmitte. 6 Uhr nachmittags erfolgte die Geburt einer leicht asphyktischen Frucht. Bei der Armlösung wiederum Schwierigkeiten, nicht so groß wie während der ersten Entbindung, doch gelang es schwer, den Mund des Kindes zu erreichen und den Kopf herauszubefördern. Nach Extraktion des Kindes war die Gebärmutter gut zusammengezogen und reichte 1 Finger unterhalb des Nabels. 45 Minuten später fiel auf einmal anämisches Aussehen der Kranken auf, und der Puls wurde schnell und schwach, trotzdem keine Blutung nach außen stattfand. Infolgedessen versuchte der behandelnde Kollege die Nachgeburt durch Credé'schen Handgriff herauszupressen, was jedoch nicht gelang. Während desselben fiel es auf, daß nach beendetem Druck auf die Gebärmutter die Nabelschnur nach oben nicht zurückwich, trotzdem die Nachgeburt noch in der Gebärmutter sich befand. Es mußte also die Nachgeburt manuell abgelöst werden. Nach der Einführung der Hand in die Scheide fühlte man durch das hintere Scheidengewölbe eine faustgroße, tumorartige Vorwölbung in der Gebärmutter. Zwischen dieser Vorwölbung und der Schoßfuge gelangt die Hand auf einmal in die Bauchhöhle und findet die Öffnung, welche in das Innere der Gebärmutter führt erst, als sie an der Nabelschnur entlang geht. Die

Digitized by Google

Ablösung der ziemlich stark der hinteren Gebärmutterwand adhärenten Nachgeburt gelingt schnell in einem Stück.

Von dem behandelnden Kollegen zugezogen, fand ich einen queren Riß der vorderen Gebärmutterhalswand. Auf der rechten Seite reichte der Riß etwas höher nach oben, so daß das rechte runde Gebärmutterband, vom Bauchfell abgelöst, frei zum Inguinalkanal verlief. Nach Einführung eines sterilen Xeroformgazestreifens in die Öffnung im vorderen Scheidengewölbe entschlossen wir uns unverzüglich zur Laparotomie im Krankenhause. Nach Eröffnung der Bauchhöhle fanden wir eine bedeutende Menge flüssigen und geronnenen Blutes zwischen den Gedärmen. In der vorderen Gebärmutterhalswand ein schräger Riß. Die untere Partie der hinteren Gebärmutterwand ungemein stark mit dem Colon sigmoideum und ihrem Mesokolon verwachsen. Diese Verwachsung war so ausgebreitet und innig, daß ihre Ablösung großen Schwierigkeiten begegnete und trotz größter Vorsicht mit Verletzung des Kolonüberzuges und besonders des Mesocolon sigmoideum endete. Hierauf sorgfältige Vernähung des verletzten Peritoneum und supravaginale Amputation der Gebärmutter. Zwei Xeroformgazestreifen wurden durch den offenen Cervixstumpf in die Scheide geführt und ihre oberen Enden in den Parametrien locker ausgebreitet, darüber wurde das Peritoneum von einem Infundibulum bis zum anderen mit fortlaufender Catgutnaht vernäht. In den Douglasraum sowie oberhalb desselben beiderseits des vernähten Mesokolon wurden Xeroformgazestreifen eingeführt und ihre Enden im unteren Winkel der Bauchwunde herausgeleitet; der obere Rest der Bauchwunde mit dreifacher Etagennaht vereinigt. Heftpflasterverband der Bauchdecken. — Schon gegen Ende der Operation verschlechterte sich zusehends der Zustand der Operierten und trotz aller angewendeten Mittel trat der Tod $^1/_2$ Stunde nach Schluß der Operation ein.

In dem beschriebenen Falle wurde also während der ersten Entbindung Divertikelbildung und partielle Retroflexion einer rückwärts fixierten Gebärmutter beobachtet, während der zweiten Entbindung aber kam es zu keiner Divertikelbildung, dafür aber zur spontanen Gebärmutterzerreißung. Laut zuverlässiger Beobachtung des behandelnden Kollegen bestand während der zweiten Entbindung keine Divertikelbildung; es war also keine Veranlassung zur Intervention, um so weniger, als der Verlauf der Entbindung ein rascher war. Trotzdem kam es zu einer spontanen Gebärmutterhalszerreißung. Es unterliegt keinem Zweifel, daß die Ursache der Zerreißung der vorderen Wand des Gebärmutterhalses in den abnorm starken Verwachsungen der hinteren Gebärmutterwand mit dem Kolon und Mesocolon sigmoideum lag. Die untere Partie der hinteren Gebärmutterwand war durch diese Verwachsungen immobilisiert, und deshalb mußte die vordere Wand des Gebärmutterhalses und des unteren Uterinsegmentes übermäßig ausgedehnt werden, trotzdem die zweite Geburtsperiode nur 2 Stunden in Steißlage gedauert hat.

Außerdem hatte die Kranke bald nach ihrer Verheiratung eine gonorrhoische Infektion überstanden. Der Fall ist also sehr lehrreich, denn er beweist gleichzeitig, daß Gonorrhöe nicht nur schwere entzündliche Erkrankungen der Adnexe, Verwachsungen, Sterilität und Extrauteringravidität, sondern durch Adhäsionsbildung unter Umständen auch spontane Zerreißung der Gebärmutter während der Entbindung herbeiführen kann! Diese eventuelle Folge der Gonorrhöe wurde bis jetzt kaum genügend gewürdigt.

Digitized by Google

Nicht ungerechtfertigt erscheint auch die Vermutung, daß die Steißlage der Frucht während beider Entbindungen nicht zufällig war, denn die tiefliegende Adhäsionsstelle der hinteren Gebärmutterwand mit dem Colon und Mesocolon sigmoideum dürfte die Raumverhältnisse des unteren Uterinsegments ungünstig beeinflußt haben, wodurch der Kopf der Frucht keinen genügenden Raum im unteren Uterinsegment fand und durch die Gebärmutterkontraktionen nach dem Fundus abgetrieben wurde.

Es verdient gleichzeitig hervorgehoben zu werden, daß die spontane Gebärmutterzerreißung in unserem Falle ohne typische Erscheinungen aufgetreten ist. Es war kein Schmerzgefühl und keine Blutung nach außen vorhanden, und erst nach Verlauf von 45 Minuten sind bedenkliche Erscheinungen am Puls aufgetreten.

Während der Einführung der Hand in die Scheide zum Zwecke der manuellen Lösung der Nachgeburt fiel eine faustgroße, tumorartige Vorwölbung der hinteren Gebärmutterwand auf, so daß ursprünglich an ein Fibrom als Ursache der Gebärmutterzerreißung gedacht werden konnte. Diese Erscheinung muß wohl so gedeutet werden, daß nach vollzogener Ruptur der vorderen Gebärmutterhalswand die Verwachsungen die hintere Gebärmutterwand derartig nach unten und hinten verzogen haben, daß diese krampfhaft zusammengezogene Partie der Gebärmutter eine Geschwulst vorgetäuscht hat.

Auch in therapeutischer Beziehung verdienen manche Momente hervorgehoben zu werden. Bei Austritt der Frucht und der Nachgeburt in die Bauchhöhle wird gewiß niemand ein anderes Verfahren als die Laparotomie empfehlen. Aber auch sonst, wenn nur die äußeren Verhältnisse nicht ungünstig sind, stellt die Laparotomie bei vollständiger Ruptur der Gebärmutter das richtigste Verfahren dar. Ermöglicht doch nur sie, einen jeden Fall sicher zu beherrschen, ein blutendes zerrissenes Gefäß sicher zu versorgen und etwaige Nebenverletzungen, z. B. der Urinblase, festzustellen und durch exakte Naht unschädlich zu machen. Trotzdem muß zugegeben werden, daß in unserem Falle ausnahmsweise die Tamponade der Rißstelle durch die Scheide wahrscheinlich günstiger gewesen wäre. Vor allem war der Fall bereits verunreinigt, denn bei Ablösung der Nachgeburt wurde mit der Hand unverhofft in die Bauchhöhle eingegangen. Wir wissen weiter aus der Erfahrung, daß je schneller die Laparotomie nach der Ruptur erfolgt, um so größer die Aussicht auf Erfolg wird. In unserem Falle aber mußte die Kranke wegen ungünstiger äußerer Verhältnisse erst in eine Privatheilanstalt überführt werden, wodurch die Ausführung der Operation um etwa 3 Stunden verzögert wurde. Von nachteiligster Bedeutung waren auch zweifellos die ausgebreiteten und festen Verwachsungen der hinteren Gebärmutterwand mit dem Colon und Mesocolon sigmoideum, denn ihre Ablösung war sehr schwierig und zeitraubend und verlängerte beträchtlich die Dauer der Operation.

Literatur:

1) Handbuch der Gehurtshilfe von F. v. Winckel (p. 2170).
2) Comptes rendus de la soc. d'obst. Mai 1903.
3) Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 34.
4) Handbuch der Geburtshilfe von F. v. Winckel (p. 432).

Digitized by Google

IV.

Über die Anwendung des Phobrols in der geburtshilflichen und gynäkologischen Praxis.

Von

Privatdozent Dr. J. S. Kalabin, Moskau.

Das Phobrol ist eine 50%ige Lösung des Chlormetakresols in rizinusölsaurem Kali. Laubenheimer untersuchte die Giftigkeit des 50%igen Chlormetakresols an Meerschweinchen; er fand, daß die tödliche Dosis bei subkutaner Injektion 8 g der 50%igen Lösung, d. h. 4 g Chlormetakresol ist. Die Tiere gingen 48 Stunden nach der subkutanen Injektion der erwähnten Dosis zugrunde. Ebensolche Resultate wurden bei Meerschweinchen nach der subkutanen Injektion von 3 g Lysol erhalten.

Zahn[1], der seine Versuche über die Wirkung des Phobrols an Kaninchen, Hunden und Fröschen ausführte, gelangte zu folgenden Resultaten:

Die subkutane Injektion von 4 ccm Phobrol verursacht beim Kaninchen nicht den Tod des Tieres, sondern ruft nur vorübergehende Erscheinungen hervor.

Die subkutane Injektion von 6 ccm ruft beim Kaninchen vorübergehende Parese der hinteren Extremitäten hervor. Die subkutane Injektion von 10 ccm hat den Tod $7^1/_2$ Stunden nach der Injektion zur Folge. Per os gab man Kaninchen bis 20 ccm Phobrol ein, ohne daß irgend welche Anzeichen von Vergiftung beobachtet wurden.

Hunde vertrugen ohne Schaden eine Dosis von 8 g Phobrol per os in zwei Gaben von je 4 g mit 45 Minuten Zwischenraum. Die intraperitoneale Injektion von 0,25 g Phobrol in 50 ccm ertrug das Tier ungestraft; die Injektion einer Lösung 1 : 50 führte den Tod herbei. Eine intravenöse Injektion von Phobrol hat den Tod des Kaninchen zur Folge. Nach Laubenheimer's[2] Untersuchungen ist eine $^1/_4$%ige Chlormetakresollösung in bakterizider Hinsicht 5mal kräftiger als eine 2%ige Lysollösung. In eiweißhaltigen Flüssigkeiten ist die bakterizide Eigenschaft des Chlormetakresols nur halb so kräftig; dies hat aber praktisch keine Bedeutung, da es im allgemeinen sehr große bakterizide Kraft besitzt.

Okada[3] und Konrad[4] haben diese Beobachtungen bestätigt. Nach diesen Autoren ist das Präparat nicht giftig und wirkt in $^1/_4$%iger Lösung nicht reizend.

Burckhard und Kolb[5] wandten in der Herff'schen Klinik Scheidenspülungen mit 0,25%iger Chlormetakresollösung erfolgreich bei 15 Wöchnerinnen an.

Während bei den Kontrollpatientinnen, die gar nicht gespült wurden, in allen Fällen Kulturen angingen, waren bei 5 mit Kresol gespülten Wöchnerinnen die Lochien ganz steril. In 2 Fällen gingen erst am 3. Tage spärliche Kulturen an.

Diese günstigen Resultate erklären sich nach der Meinung erwähnter Autoren durch die Wirkung des Phobrols auf die Bakterien selbst, deren Lebenskraft ganz vernichtet oder herabgesetzt wurde.

Ich erprobte das Phobrol in einigen Fällen meiner geburtshilflichen und gynäkologischen Praxis, und zwar in $^1/_2$%iger Lösung. Das Mittel wurde mir in liebenswürdiger Weise von der Fabrik Hoffmann-La Roche & Co. zur Verfügung gestellt.

---

[1] Zahn, Medizinische Klinik 1912. Nr. 42.
[2] Laubenheimer, Phenol und seine Derivate. Habilitationsschrift 1909.
[3] Okada, Über Händedesinfektion. Gießen 1910.
[4] Konrad, Archiv f. Gyn. Bd. XCI. Hft. 2.
[5] Burckhard u. Kolb, Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. LXVIII.

Digitized by Google

Eine $^1/_2$%ige wäßrige Phobrollösung ist eine weißliche, nach kölnischem Wasser riechende Flüssigkeit. In dieser Konzentration verursacht die Lösung zuweilen ein Gefühl von Brennen an den äußeren Genitalien, doch gehen diese unangenehmen Sensationen bald vorüber.

Beim Waschen der Hände mit einer etwas stärkeren Lösung brannte das Mittel etwas; nach vielfältigem Waschen im Laufe des Tages wurde die Haut meiner Hände und der Hebamme etwas trockener und rauh. Bei einer anderen Hebamme traten keine Erscheinungen auf.

Um die bakterizide Wirkung des Phobrols ($^1/_2$%) zu prüfen, wurde das Scheidensekret dreier Kranken vor und 20 Minuten nach der Scheidenspülung mit einer $^1/_2$%igen Phobrollösung bakteriologisch untersucht. Bei der ersten Kranken wurde das Sekret vor der Geburt, bei der zweiten wurden die Lochien, bei der dritten, die an einem Fibromyom der Gebärmutter litt, Scheidensekret genommen.

Die Resultate waren folgende:

Fall I. Erste Probe auf Agar zahlreiche Kolonien, hauptsächlich Coli. Zweite Probe vollkommen steril.

Fall II. Bakteriologisch in beiden Proben Kokken und Stäbchen. Bei der Aussaat gingen von der ersten Probe Staphylokokken und Coli in ziemlicher Menge an. Probe II blieb steril.

In Fall III war das Sekret vor und nach der Spülung steril.

Die bakteriologische Untersuchung wurde auf meine Bitte von Dr. Abrikosoff, Priv.-Dozenten im bakteriologischen Institut des Dr. Kedrowski, ausgeführt, wofür ich ihm hier meinen besten Dank sage.

Ich gehe zu einer kurzen Beschreibung von Fällen aus meiner geburtshilflichen und gynäkologischen Praxis, in denen ich Phobrol anwandte, über.

Geburtshilfliche Fälle:

1) 23 Jahre alt. Vier Geburten. Letzte Geburt Februar 1913. Vor der Geburt wurden die äußeren Genitalien sorgfältig gewaschen und die Scheide mit einer $^1/_2$%igen Phobrollösung von 35° gespült. Das Waschen der äußeren Genitalien und das Spülen der Scheide mit $^1/_2$%iger Phobrollösung wurde im Laufe von 8 Tagen einmal täglich vorgenommen. Die Kranke klagte jedesmal über ein Gefühl von leichtem Stechen in den äußeren Genitalien während der Spülung. Diese Empfindung verging bald nach Beendigung derselben. Die Zeit post partum verlief normal. Die Kranke stand 8 Tage nach der Niederkunft auf; es wurden keine Anzeichen von Intoxikation beobachtet.

2) 24 Jahre alt. Vier Geburten. Letzte Geburt am 8. Februar 1913. Kopflage. Die Geburt verlief normal. Vor und nach der Geburt Waschungen und Scheidenspülungen mit $^1/_2$%iger Phobrollösung von 35°. Die Kranke klagte über schnell vorübergehendes Brennen und leichtes Stechen in den äußeren Genitalien beim Waschen und Spülen. In diesem Falle wurde 5 Tage lang gespült. Die Puerperalperiode verlief normal. Anzeichen von Vergiftung wurden nicht beobachtet.

3) 22 Jahre alt. Zwei Geburten, die letzte am 10. Februar 1913. Geburt normal. Die äußeren Genitalien wurden vor der Niederkunft mit einer $^1/_2$%igen wäßrigen Phobrollösung gewaschen, die Scheide mit einer ebensolchen Lösung ausgespült. Diese Waschungen und Spülungen wurden 9 Tage nach der Geburt 1—2mal täglich vorgenommen. Die Puerperalperiode verlief normal, ohne irgendwelche Anzeichen von Vergiftung. Über Brennen in den äußeren Genitalien klagte diese Kranke nicht.

4) 35 Jahre alt. Hatte 7mal geboren, das letzte Mal am 15. Februar 1913.

Digitized by Google

Die letzte Geburt war normal: Kopflage. Nach der Entfernung der Placenta stellte sich eine ziemlich starke Blutung aus der Gebärmutter ein, welche durch heiße Spülungen, 36°, mit $^1/_2$%iger Phobrollösung gestillt wurde. Zur Stillung der Blutung waren wiederholte Spülungen nötig.

Die äußeren Genitalien dieser Pat. wurden vor der Geburt mit $^1/_2$%iger Phobrollösung gewaschen, und es wurde eine Scheidenspülung mit einer ebensolchen Lösung gemacht. Die Geburt ging normal vor sich. Nach der Niederkunft wurden zweimal täglich Spülungen mit $^1/_2$%iger, wäßriger Phobrollösung von 35° vorgenommen. Die Scheidenspülungen wurden 8 Tage fortgesetzt. Die Puerperalperiode verlief normal. Erscheinungen von Vergiftung wurden nicht beobachtet.

5) 27 Jahre alt. Drei Geburten, die letzte am 20. Februar 1913. Kopflage. Geburt normal. Vor dem Beginn wurden die äußeren Genitalien mit $^1/_2$%iger Phobrollösung gewaschen, und die Scheide wurde ausgespült. Nach der Geburt wurden die Spülungen 8 Tage 1—2mal täglich mit $^1/_2$%iger wäßriger Phobrollösung, 35°, vorgenommen. Die Puerperalperiode verlief normal. Irgendwelche Anzeichen von Intoxikation wurden nicht beobachtet.

Fälle aus der gynäkologischen Praxis.

1) 50jährige Kranke mit Fibromyoma uteri. Wegen Blutungen 2malige intrauterine Injektion von Jodtinktur und Glyzerin āā. Vorher jedesmal Desinfektion der Vulva und Vagina mit $^1/_2$%igem Phobrol. Bei der Desinfektion leichtes Brennen, das bald vorübergeht. Keine Intoxikationserscheinungen.

2) 32jährige Pat. mit Retroflexio uteri, Anfang Februar 1913 Discisio colli uteri. Desinfektion der Vulva und Vagina mit $^1/_2$%igem Phobrol. Nach der Operation 5 Tage lang 3mal täglich Scheidenspülungen mit $^1/_2$%iger Lösung. Gefühl von Brennen während der Spülung. Keine Anzeichen von Intoxikation.

3) 82jährige Pat. mit inoperablem Vulvakarzinom. 6—7 Wochen lang Waschungen und Spülungen mit $^1/_2$%igem Phobrol. Karzinom gut gereinigt. Foetor verschwunden. Bei den Waschungen geringes Brennen an den äußeren Genitalien.

4) 35 Jahre alt; Fluor albus. Seit 2 Jahren ohne Erfolg behandelt. Nach 4wöchigen Spülungen mit $^1/_2$%igem Phobrol geheilt. Keine Vergiftungserscheinungen.

Auf Grund meiner Beobachtungen und bakteriologischen Untersuchungen komme ich zu dem Schluß, daß Phobrol in $^1/_2$%iger Lösung bakterizide Eigenschaften besitzt, von den Kranken gut vertragen wird, nicht giftig ist, und daß dessen Anwendung als desinfizierendes Mittel sowohl in der geburtshilflichen als gynäkologischen Praxis volle Aufmerksamkeit verdient.

Was die Frage nach der Anwendbarkeit von Scheidenspülungen mit desinfizierenden Lösungen in der Puerperalperiode überhaupt anbetrifft, so erkläre ich, daß ich solche seit 25 Jahren den Wöchnerinnen beständig mit gutem Erfolge verordne[6], wie sich ja auch Hofmeier[7] und v. Herff[8] in den letzten Jahren für Scheidenspülungen in der Puerperialperode ausgesprochen haben.

---

[6] Kalabin, Zentralblatt 1909.
[7] Zentralblatt 1909.
[8] Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gyn. 1911.

Digitized by Google

Neue Bücher.

1) W. A. Freund. Leben und Arbeit, Gedanken und Erfahrungen über Schaffen in der Medizin. Berlin, J. Springer, 1913.

Die Art, wie bedeutende Männer im Alter auf ihr Leben und ihre Lebensarbeit zurückschauen, darüber sprechen und schreiben, charakterisiert ihr Wesen und ihren Wert besonders scharf. Die Autobiographie unseres hochverehrten Altmeisters W. A. Freund ist genau so originell, wie er selbst; keine gewöhnliche, breite, detaillierte Erzählung der einzelnen Epochen eines Lebens, sondern eine hochbedeutsame, großzügige Epikrise seines wissenschaftlichen Werdens und Schaffens, in die auch ein paar Daten und etwas Familien- und Kulturgeschichte eingeflochten werden. Er beginnt nicht mit seiner Geburt, sondern mit seiner Jugendarbeit über die Thoraxanomalien. Er entwickelt mit der bei ihm gewohnten Klarheit, wie er dazu kam, sich zum ersten Male über diese Dinge zu »verwundern«, wie sich daraus allmählich ein Arbeitsplan formte, welches Bild seine Phantasie sich als Forschungsziel entwarf, was seine mit Zähigkeit und Kraft betriebenen Studien hemmte und förderte. Und weiter, wie sich schließlich Resultate ergaben, die für die Auffassung und Bekämpfung der Lungentuberkulose von durchschlagender Bedeutung wurden, die die moderne Thoraxchirurgie begründeten und das Verständnis für den Begriff des »Infantilismus« brachten. Er kann seinen Lesern mit Recht zurufen »Habt Respekt vor euren und anderer Jugendarbeiten«. Seine Jugendarbeit verdient diesen Respekt, sie ist der ganze Inhalt seiner ersten Forschungsjahre gewesen und die Freude und der Stolz seines hohen Alters geblieben. Eine seltene Genugtuung, das anerkannt zu sehen, was man vor 50 Jahren geschaffen hat — ein seltenes Glück, Gesundheit, Arbeitslust und Arbeitskraft genug behalten zu haben, um noch in einem Dezennium des Ruhestandes in Gemeinschaft mit Söhnen, Enkeln und Freunden die Schlußsteine zu dem Bau fügen zu können, dessen Fundament man einst allein und zögernd gelegt hatte.

Die »soziale Lebensführung im Alter«, die »Geistesdiät im Alter« und viele verstreute, köstliche Bemerkungen geben das Rezept, wie man sich solche erstaunliche Frische und Spannkraft erhält. Die Gynäkologie wird sich freilich beklagen; sie kommt in diesem Buche entschieden etwas zu kurz. Die abdominale Uterusexstirpation, der Inhalt der »gynäkologischen Klinik« und manches andere wird wohl gewürdigt, aber wieviel mehr hätten wir uns gewünscht, wie begierig hätten wir auf gynäkologische Erlebnisse und Erfahrungen gelauscht! Ihm schien das nebensächlich, und er hat vielleicht recht. Wie man als Gynäkologe alt und grau wird, das könnten in einer »Spezialbiographie« viele beschreiben; aber wie viele Gynäkologen haben wir noch, die ebenso wie Freund ihre spezialistische Leistung mehr ein Beiwerk und die Erforschung allgemein-medizinischer Probleme das Hauptwerk ihres Lebens nennen dürfen? Ich will nicht versuchen, noch näher auf den Inhalt einzugehen. Solche Bücher sind genügend angezeigt, wenn ihr Titel genannt wird. Sie zu kritisieren, zu analysieren, zu loben oder zu empfehlen, ist fast unsinnig. Was ich aus dem frischen Genuß der Lektüre heraus hier niederschreibe, das soll nicht die Aufmerksamkeit auf ein Werk lenken, das natürlich jeder lesen wird und lesen muß, der den Autor und seine Bedeutung zu werten vermag, sondern das soll meine Bewunderung für diesen Lebensrückblick und den herzlichsten Dank für das Geschenk, das uns damit gemacht ist, überzeugend zum Ausdruck bringen. Doch da schließlich ein Referat auch an irgendeiner Stelle mit der Kritik einhaken muß, so stelle ich mit großer Genugtung einen Widerspruch und offensichtlichen Fehler fest. Freund fragt:

Digitized by Google

Woran merkt man das Herannahen des Alters, »das Nachlassen der Kraft der Phantasie?« und gibt die Antwort: »An der wachsenden Schwierigkeit, die deckende schöne Form für den Gedanken, für den immer noch bis ins Greisenalter uns zu Gebote stehenden Inhalt eines Werkes zu finden.« Wenn er das hätte beweisen wollen, hätte er dieses Buch nicht schreiben dürfen, und mancher, der es zu Ende gelesen hat, wird lächelnd mit mir fragen: »Wann wird wohl der alte Freund anfangen „alt" zu werden?« Stoeckel (Kiel).

Normale und pathologische Anatomie des Uterus.

2) **Driessen (Amsterdam). Die Schleimhaut der Gebärmutter.** (Ned. Maandschr. v. Verlosk. en Vrouwenz. en v. Kindergeenesk. 1912. Nr. 7.)

Eine große Zahl durch Abrasio oder Totalexstirpation gewonnener Schleimhäute wurde speziell auf ihren Glykogengehalt untersucht. Das Ergebnis dieses Studiums ist, daß die Glykogenproduktion eine physiologische Funktion des Endometriums darstellt. Sie fängt in den Drüsenepithelien an in der ersten Hälfte des Proliferationsstadiums, etwa am 10. Tage post menstruationem und erreicht ihren Höhepunkt einige Tage vor Eintritt der menstruellen Blutung; dann wird das Glykogen in die Drüsenlumina ausgestoßen. Auch im prämenstruellen Stroma findet man reichlich Glykogen. Die Decidua bei intra-, sowie bei extrauteriner Schwangerschaft enthält gleichfalls eine große Menge dieser Substanz, welche als ein Sekretions-, nicht als ein Entartungsprodukt anzusehen ist. Der Trophoblast ist scharf getrennt von dem ihm anliegenden Syncytium durch seinen Glykogengehalt; D. sieht hierin wieder einen Beweis für die fötale Herkunft des Syncytiums.

Nach Ansicht des Verf.s ist die Decidua als eine Niederlage von Nährstoffen für das Ei zu betrachten. Außerhalb der Schwangerschaft wird jeden Monat durch Absonderung und Aufspeicherung von Glykogen — und aller Wahrscheinlichkeit nach auch von sonstigen, für die Ernährung des Embryos nötigen Stoffen — das Endometrium für die Aufnahme eines befruchteten Eies vorbereitet. Diese Funktion kommt nur der gesunden Schleimhaut im geschlechtsreifen Alter zu; in erkrankten, entzündeten oder malign degenerierten Schleimhäuten konnte Verf. nie Glykogen auffinden. Van Hoytema (Leiden).

3) **G. G. Ward (Neuyork). Die Behandlung des Endometritis.** (New York med. journ. 1913. Nr. 23. p. 1181.)

Von akuten Infektionen mit Gonokokken, Kolibazillen und Streptokokken abgesehen, ist die Endometritis oft eine Folge von Stauungszuständen der Venen des kleinen Beckens. Verf. erblickt in dem aufrechten Gang des Menschen die letzte Ursache der häufigen Endometritiden und Senkungszustände bei Frauen. In den klappenlosen Venen, die das Blut aus dem Becken in die Vena renalis sinistra und Vena cava inferior leiten, lastet bei aufrechter Haltung ein der Höhe der Blutsäule entsprechender Druck. Venösen Stauungen wird dadurch Vorschub geleistet, die Uterindrüsen werden damit zu vermehrter Tätigkeit angeregt, zeigen abnorme Wachstumserscheinungen.

Bei ungenügender Blutversorgung resultiert die atrophische Form der Endometritis, die besonders in der Menopause zu Nekrosen der Schleimhaut führen kann.

In therapeutischer Hinsicht ist vor allem Wert auf die Ausschaltung der ursächlichen Momente, i. e. der venösen Stase zu legen, für Anregung der Zirkulation zu sorgen, Obstipation und Verlagerungen zu beheben (Knie-Ellbogenlage 5 Minuten jeden Abend, dann Sims'sche Lage. Im übrigen die bekannte Therapie: Curettage, Spülungen usw.). Schottelius (Hamburg).

Digitized by Google

4) **Cornet** (Lyon). **Gestielte, blumenkohlartige Neubildung der Uterusinnenfläche.** (Lyon méd. 1913. Nr. 15.)

5) **Goulliond** (Lyon). **Wuchernder, gestielter Tumor der Uterusinnenfläche.** (Ibid.)

Beide Fälle betrafen Frauen, die bereits mehrere Jahre die Menopause überschritten hatten; beide zeigten starke Auftreibung des Uterus; sonst fluktuierende Weichheit, und starke blutige Absonderung mit Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens. Beide wurden durch Hysterectomia abdominalis geheilt. Die gestielten Tumormassen, zum Teil blumenkohlartig, zum Teil mehr lipomatösen Charakters, erwiesen sich als nicht malign und hatten ihren Ausgangspunkt ausschließlich in der Mucosa. Zeiss (Erfurt).

6) **Thompson T. Sweency** (New York). **Leucoplacia uteri.** (Amer. journ. of obst. and dis. of w. and children 1913. August.)

Die Leukoplacie oder Leukokeratosis ist eine seltene Erkrankung, besonders im Bereich des Uterus; samt dem Fall des Verf.s, der die Cervix betraf, sind im ganzen 9 Fälle beschrieben; des Verf.s Fall zeigt die größte Ausbreitung der Erkrankung. Man darf das Auftreten von Plattenepithel nicht mit der Leukokeratosis zusammenwerfen; bei letzterer findet sich unter dem Einfluß eines chronischen Reizes eine Epidermoidalisierung mit Verhornung der oberflächlichen Schichten. Die Ätiologie ist unklar, Syphilis war häufig nachweisbar wie auch im Falle des Verf.s, der eine 35jährige Frau betraft, die vorher auch eine schwere Gonorrhöe durchgemacht hatte. Die Diagnose ist schon makroskopisch nach den charakteristischen Plaques von weiß-bläulich-gelblicher Farbe, die über die Oberfläche als harte Gebilde vorspringen, zu stellen. In dem beschriebenen Falle (gute Abbildungen) betraf die Leukokeratose die Cervix. Die Prognose ist im allgemeinen gut, jedoch ist wegen der Möglichkeit der Karzinomentwicklung die frühzeitige Totalexstirpation zu empfehlen. Jaschke (Gießen).

7) **A. Chalier et Bovier** (Lyon). **Hypertrophische Verlängerung des Collum uteri bei einer 68jährigen Jungfer.** (Lyon méd. 1913. Nr. 8.)

Bei einer außergewöhnlichen Körperanstrengung fühlte Pat., die seit 3 Jahren über Schwere, aber über keine Störung in Urin- und Stuhlentleerung, im Leibe geklagt hatte, plötzlich einen Körper aus ihrer Vulva heraustreten, unter mäßiger Blutung. Das verlängerte Kollum ragte durch das frisch lazerierte Hymen etwa 5 cm heraus. Uterus 13 cm lang, am Os kleine Erosion. Amputation. Zeiss (Erfurt).

Allgemeine Geburtshilfe.

8) **James W. Markoe.** **Der praktische Arzt als Geburtshelfer.** (Bull. of the Lying-in Hospital of the city of New York 1913. Juni.)

Statistik aus 25 Jahren. 45 000 Geburten, darunter 36 Todesfälle (= 0,08%) an Sepsis, 20 Todesfälle an Uterusruptur, 19 an Eklampsie, 16 an Placenta praevia, 54 an Allgemeinerkrankungen und Lungenembolie. Im übrigen betont Verf. die hohe Bedeutung der Noninfektion, der strengsten Indikationsstellung zu geburtshilflichen Eingriffen. Der Aufsatz gibt dem Praktiker durch die imponierende Zahl der Fälle wertvolle Aufschlüsse, eignet sich aber nicht zu einem kurzen Referate. Jaschke (Gießen).

9) **Chas F. Denny** (St. Paul). **Gegenwärtige Ansichten über die Leitung der normalen Geburt.** (St. Paul med. journ. 1913. August.)

Verf. gibt eine ausführliche Besprechung der normalen Geburtsleitung. Die Ausführungen bringen aber nichts, was dem deutschen Geburtshelfer nicht geläufig wäre. Jaschke (Gießen).

Digitized by Google

10) **Steffan. Die modernen Bestrebungen in der operativen Geburtshilfe und ihr Einfluß auf die Verschiebungen in der Indikationsstellung.** Inaug.-Diss., Freiburg i. B., 1913.

S. betont in seiner Arbeit, daß uns die modernen chirurgischen Operationen, der Kaiserschnitt, die Sectio vaginalis und die Symphyseotomie in ihren verschiedenen Formen die Möglichkeit an die Hand geben, die hohe Zange, die Perforation und die künstliche Frühgeburt zu vermeiden und es uns andererseits erlauben, zu jedem nur gewollten Zeitpunkt eine Entbindung zu beendigen. In bezug auf die Abgrenzung der einzelnen Operationen stellt er sich natürlich ganz auf den Krönigschen Standpunkt. Schneider (Freiburg).

11) **H. Obst (Mikultschütz). Die poliklinischen Geburten in Beckenendlage vom 1. April 1904 bis 31. März 1911 (unter Berücksichtigung des gesamten Breslauer klinischen und poliklinischen Materiales aus den Jahren 1894—1911.** (Wiener klin. Rundschau 1913. Nr. 21.)

Ein statistischer Beitrag mit außerordentlich wertvollen und ausführlichen Aufstellungen, die im wesentlichen von den Zahlen anderer Autoren nicht abweichen und für ein detailliertes Referat wenig geeignet sind. Friedrich (Kiel).

12) **Walter E. Welz (Detroit, Mich.). Eine Studie über die Einleitung und Verstärkung von Geburtswehen.** (Amer. journ. of obst. and dis. of w. and children 1913. Juli.)

Verf. beschäftigt sich zunächst ausführlich mit den bekannten Versuchen von Sauerbruch und Heyde, von der Heide, die er nachgeprüft hat und bestätigt. Auch er nimmt eine Anaphylaxie gegen die blutfremden, in immer größeren Mengen in den mütterlichen Blutstrom geworfenen fötalen Eiweißstoffe als Ursache des Geburtseintrittes an. Je nach der Menge, vielleicht auch Art dieser Proteide kann auch ein Abort oder eine Frühgeburt eintreten, ebenso wie man sich eine Verlängerung der Tragzeit durch einen ungenügenden Übertritt fötaler Stoffe ins mütterliche Blut erklären könnte.

Zum Kapitel Volumverstärkung bringt Verf. das Ergebnis seiner Versuche mit Pituitrin, die nichts Neues geben. Jaschke (Gießen).

13) **Louis J. Ladinski (Neuyork). Die elastische Zone im Isthmus uteri als positives und frühes Zeichen uteriner Schwangerschaft.** (Amer. journ. of obst. and dis. of w. and children 1913. August.)

Verf. lenkt erneut die Aufmerksamkeit auf ein schon 1907 von ihm angegebenes, seither immer wieder in seinem Wert bestätigtes Schwangerschaftszeichen, das häufig schon in der 5., stets in der 6. Schwangerschaftswoche selbst für den wenig geübten Untersucher nachweisbar wird und wegen des leichten sowie früheren Nachweises auch dem Hegar'schen Schwangerschaftszeichen überlegen ist. Das Zeichen besteht in einer in der Mittellinie der Vorderwand des Isthmus uteri, schließlich, allmählich zunehmend, an der ganzen Vorderwand des Corpus nachweisbar werdenden, elastischen oder mehr cystischen Fluktuation, ähnlich etwa dem Gefühl beim Fingerdruck auf eine reife Feige. Nur bei retrovertiertem Uterus sitzt diese elastische Zone an der Hinterwand. Der Wert des Zeichens in differentialdiagnostischer Hinsicht wird noch dadurch erhöht, daß es bei Extrauteringravidität regelmäßig fehlt. Auch zur Entscheidung, ob ein drohender oder inkompletter früher Abort vorliegt, leistet es wertvolle Dienste, da es nur nachweisbar ist, solange noch ein lebendes Ei im Uterus ist, während bei abgestorbenem oder teilweise ausgestoßenem Ei die Konsistenz der erwähnten Zone teigig und gleichmäßig weich wird, ohne Elastizität erkennen zu lassen. — Die dem Zeichen

Digitized by Google

zugrunde liegenden Veränderungen sind neben der Hypertrophie der Muskulatur vor allem die starke Hyperämie und lymphatische Durchtränkung des Gewebes im vorher harten Isthmus. Jaschke (Gießen).

14) **D. Schwarz. Ein Fall von übertragener Gravidität im Uterus mit Atresie der Cervix.** (Lijecnicki vijesnik 1913. Nr. 4. [Kroatisch.])

Bei der nun 21jährigen Pat. hat Verf. vor 2 Jahren wegen totaler postpuerperaler Inversion die Operation nach Küstner ausgeführt. Der Douglas wurde drainiert, was ein Glück war, da sich eine Pelveoperitonitis mit hoher Temperatur und starker Sekretion entwickelte. Heilung. Pat. hat danach nicht mehr menstruiert und ist im nächsten Jahre wieder gravid geworden. Nach einiger Zeit fühlte sie Kindsbewegungen, die Schwangerschaft verlief ohne Beschwerden bis zum Dezember 1912, zu welcher Zeit sie die Geburt erwartete. Einen Abend bekam sie Wehen, die bis zum Morgen andauerten und dann aufhörten. Weiter hörten die Bewegungen auf, und Pat. trug ihren großen Leib ohne Beschwerden. Pat. wurde ins Krankenhaus mit der Diagnose übertragene Gravidität mit Atresie der Cervix gesandt, mit der sich S. anfangs nicht befreunden konnte, denn wie konnte es bei atretischer Cervix zu einer Gravidität kommen; es wäre nur möglich gewesen, daß es nach der Konzeption zur Atresie gekommen war. Er hielt es eher für einen Fall von Missed labour ohne Atresie oder eine extrauterine Gravidität mit abgestorbener Frucht. Eine Sondierung des Cervicalkanales wurde wegen Unverläßlichkeit dieses Hilfsmittels und wegen Furcht vor Infektion unterlassen. Der Status war der einer ausgetragenen Gravidität. Bei der Laparotomie fand S. einen graviden Uterus, jedoch ohne jede Veränderungen im Becken von der vor 2 Jahren überstandenen Pelveoperitonitis, überall glattes Peritoneum, keine Adhäsionen. Typische Totalexstirpation des Uterus. Glatter Verlauf.

Im Uterus wurde eine gut entwickelte und erhaltene männliche Frucht ohne jedes Zeichen von Mazeration gefunden. An der Grenze des Uteruskavum und des Cervicalkanales eine $^1/_2$ cm dicke fleischige Membran ohne jede Spur einer Öffnung.

Verf. findet keine Erklärung für diesen Fall.

v. Cackovic (Zagreb-Agram).

15) **Fr. Hapke. Zur Frage des verspäteten Blasensprunges.** Inaug.-Diss., Freiburg i. B., 1913.

H. stellte 17 Fälle von verzögertem Blasensprung aus den Jahren 1906—1910 zusammen. Ätiologisch kämen in Betracht: Alte Erstgebärende, wenig Fruchtwasser, wenig Vorwasser, großes Kind, derbe Eihäute. Ob sich eine solche Derbheit histologisch nachweisen läßt, vermag er mangels eigener Untersuchungen nicht zu entscheiden; auffallend ist immerhin, daß unter 17 Fällen 6mal die Blase in der Vulva sichtbar wurde. Symptomatologisch fanden sich Verlängerung der Eröffnungsperiode, lange Geburtsdauer bis zum Blasensprung, Stillstand des Geburtsmechanismus, abnorm schmerzhafte Wehen. Das häufigste Symptom waren Blutungen als Folge einer vorzeitigen Ablösung der Placenta; für die Mutter ist die Prognose durchaus günstig; für das Kind weniger; es fanden sich häufig Beschleunigung der Herztöne, Abgang von Mekonium und Asphyxie des Kindes; alles wohl besonders eine Folge der frühzeitigen Ablösung der Placenta, welche in den Fällen von Blutung meist auch ungewöhnlich schnell nach dem Kinde ausgestoßen wurde. Schneider (Freiburg).

16) **M. Weichsel. Der tiefe Querstand bei Kopflagen.** Inaug.-Diss., Freiburg i. B., 1913.

W. fand in der Freiburger Klinik unter 2219 Geburten der Jahre 1910 und 1911

Digitized by Google

in 46 Fällen = 2,13% tiefen Querstand und in den Eintragungen der geburtshilflichen Poliklinkik 13mal, also insgesamt 59mal. Davon trat der Kopf mit querverlaufender Pfeilnaht 4mal aus; 2mal äußere Drehung, 2mal Fehling'sche Drehung, 3mal Forceps typicus, 9mal aus tiefem Schräg- und 40mal aus Querstand. Die Durchschnittsdauer der Geburten war 31 Stunden 19 Minuten. Auffallend war die hohe Zahl von 35 Erstgebärenden, besonders der alten; als weitere ätiologische Momente kamen noch in Betracht: fehlendes Vorwasser und verengtes Becken je 1mal, großes Kind 6mal, kleines Kind 3mal. Die Indikation ging aus vom Kind 38, von der Mutter 11, von beiden zusammen 4mal. Von den ausgetragenen Kindern starben 6 = 11,1%. Verletzungen der mütterlichen Weichteile fanden sich 34mal. Bei 47 klinischen Wöchnerinnen verlief das Wochenbett fieberlos 35mal, leicht febril 6 und febril 5mal, eine Frau starb am 15. Tage.

Prophylaktisch werden besonders Lagerung der Kreißenden auf die Seite der kleinen Fontanelle schon bei Verdacht der Ausbildung eines tiefen Querstandes und, falls eine Zange doch nötig wird, die Gauss'sche Modifikation bei Anlegen der Zange empfohlen (Zurückschieben des mit der Zange gefaßten Kopfes bis in die Interspinallinie mit nachfolgender Extraktion unter langsamer, spiralförmiger Drehung). Schneider (Freiburg).

17) **H. Vogeler. Die Therapie der Nachgeburtsblutungen in der Geschichte der Medizin.** Inaug.-Diss., Freiburg i. B., 1913.

Der Inhalt geht aus dem obigen Thema hervor. Zum Referat nicht geeignet
Schneider (Freiburg).

18) **G. v. z. Mühlen (Reval). Fluor gravidarum.** (Petersburger med. Zeitschrift 1913. p. 193.)

Die Frage eingehend zusammenfassendes Referat.
B. Ottow (Dorpat).

Abderhalden's Reaktion.

19) **Emil Abderhalden und Erwin Schiff (Halle a. S.). Weiterer Beitrag zur Kenntnis der Spezifität der Abwehrfermente. Das Verhalten des Blutserums schwangerer Kaninchen gegenüber verschiedenen Organen.** (Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 35.)

Die Untersuchungen in Halle zeigen, daß je exakter die Versuche durchgeführt werden und je mehr alle Fehlerquellen vermieden werden, um so spezifischer sich die Abwehrfermente erweisen. Versuche an 10 trächtigen Kaninchen ergaben, daß in keinem einzigen Falle außer Placenta und bluthaltiger Leber ein anderes Gewebe abgebaut wurde. Die Leber ist besonders schwer blutfrei zu erhalten.
Frickhinger (München).

20) **C. F. Jellinghaus und J. R. Losa. Die Serodiagnose der Gravidität mittels des Dialysierverfahrens auf Grund der Serumuntersuchung von 563 verschiedenen Personen.** (Bull. of the Lying-in Hospital of New York 1913. Juni.)

Die Verff. beschreiben genau die Technik und geben ausführlich ihre Erfahrungen an 370 Schwangeren und 193 Nichtschwangeren (darunter auch Männer) wieder. Anfangs waren die Resultate sehr widersprechend, mit fortschreitender Technik wurden sie besser, wenn auch immer noch mehr Fehlerquellen vorhanden scheinen als nach Abderhalden's Publikationen anzunehmen ist. Auf die einzelnen Daten der sehr gewissenhaften Arbeit kann im kurzen Referat nicht eingegangen werden. Jaschke (Gießen).

Digitized by Google

21) **Sigmund Gottschalk** (Berlin). **Zur Abderhalden'schen Schwangerschaftsreaktion.** (Berliner klin. Wochenschrift 1913. Nr. 25.)

Kurze Darstellung des Wesens der Reaktion und ihrer Technik. G. erprobte das Verfahren an 33 Schwangeren und 8 Nichtschwangeren. Bei ersteren war die Reaktion positiv, in einem Falle allerdings erst bei einer zweiten Blutentnahme. Unter den Nichtschwangeren waren zwei mit positiver Reaktion. Die Reaktion hat vorläufig nur Wert in Verbindung mit der Palpationsdiagnose. A. erwähnt bei dieser Gelegenheit als ein von ihm öfters beobachtetes Frühsymptom einer intrauterinen Schwangerschaft bei Nulliparen mit stenosiertem äußeren Muttermunde: ein spontanes Weiterwerden desselben. Das Symptom ist natürlich nur für ein und denselben Untersucher erkennbar. H. Fuchs (Danzig).

22) **Eugen Rosenthal** (Budapest). **Über weitere Erfahrungen mit der serologischen Schwangerschaftsdiagnostik.** (Berl. klin. Wochenschrift 1913. Nr. 25.)

R. berichtet über die seit der letzten Veröffentlichung gewonnenen Resultate der von ihm angegebenen serologischen Schwangerschaftsdiagnostik (Zeitschrift für klin. Medizin Bd. LXXII), die in der abnorm gesteigerten, antiproteolytischen Wirkung des Blutserums der Schwangeren (infolge vermehrten Eiweißumsatzes) beruht und durch die erhöhte Hemmung der Trypsin-Kaseinverdauung nachgewiesen wird (Antitrypsinreaktion). Nephritis, Fieber, Karzinom und Basedowsche Krankheit können allerdings die gleiche Reaktion geben. Mitteilung einiger Fälle, wo der positive und negative Ausfall entscheidend für die Diagnose war, und eines Falles von Versagen der Methode (0,6% Versager). Vergleich der Abderhalden'schen und seiner Methode, deren Leistungen er bei beiderseitig vorhandenen Einschränkungen für gleichwertig hält, jedoch liefert seine Methode bei einfacherer Technik in 30 Minuten schon das Resultat, während das Abderhalden'sche Verfahren mindestens 16 Stunden benötigt.

H. Fuchs (Danzig).

23) **Urstein** (Warschau). **Die Bedeutung des Abderhalden'schen Dialysierverfahrens für die Psychiatrie und das korrelative Verhältnis der Geschlechtsdrüsen zu anderen Organen mit innerer Sekretion.** (Wiener klin. Wochenschrift 1913. Nr. 33.)

Verf. sieht in den durch das Abderhalden'sche Verfahren gewonnenen, neuen Erkenntnissen eine Bestätigung seiner eigenen theoretischen Erörterungen über die Dementia praecox; im übrigen bringt der Aufsatz eine Zusammenstellung bekannter Tatsachen über die Korrelation der endokrinen Drüsen.

Linzenmeier (Berlin).

24) **Arno Ed. Lampé** und **Robert Fuchs** (München). **Serologische Untersuchungen mit Hilfe des Abderhalden'schen Dialysierverfahrens bei Gesunden und Kranken. Studien über die Spezifität der Abwehrfermente. 3. Mitteilung. Weitere Untersuchungen bei Schilddrüsenerkrankungen: Morbus Basedowii, Basedowoid, Myxödem, endemische Struma.** (Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 38 u. 39.)

Es wurden weitere (s. d. Ref. Zentralblatt für Gynäkologie 1913, Nr. 38, p. 1424) 35 Fälle von Schilddrüsenerkrankung unter gleichzeitiger klinischer Beobachtung und Kontrolle mit dem Dialysierverfahren untersucht. Alle bereits erhobenen Untersuchungsergebnisse wurden bestätigt. Das nunmehr vorliegende Gesamtmaterial von 60 Fällen erlaubt weitgehende, sichere Schlüsse. Der Dysthyreoi-

Digitized by Google

dismus beim Basedow und die abnorme Tätigkeit des Thymus und der Keimdrüsen bei dieser Erkrankung ist erwiesen. Die Abwehrfermente besitzen weitgehende Spezifität.

Aus der verschiedenen Stärke, mit welcher in den einzelnen Fällen einmal Thymus, ein anderes Mal Ovarium und dann wieder Basedowschilddrüse abgebaut wird, kann in ausgezeichneter Weise auf das Organ geschlossen werden, das zur Zeit der Untersuchung die Abwehrkräfte des Organismus besonders stark in Anspruch nimmt. Für die einzuschlagende Therapie kann dies von Wichtigkeit sein. Auch der Erfolg der Behandlung läßt sich durch wiederholt vorgenommene Abderhalden'sche Reaktion verfolgen. Ferner läßt sich die Ninhydrinreaktion zur Differentialdiagnose zwischen Hysterie und sog. Basedowoid verwenden.

Frickhinger (München).

Puerperalfieber.

25) **Wilbur Ward** (Neuyork City). **Die Behandlung der puerperalen Sepsis am Stoane-Krankenhaus für Frauen.** (Amer. Journ. of obst. and dis. of w. and children 1913. März.)

Am wichtigsten ist natürlich die Prophylaxe des Puerperalfiebers durch Beschränkung aller Untersuchungen und intrauterinen Eingriffe während der Geburt auf ein Minimum.

Bei bereits bestehendem Puerperalfieber wird zunächst eine Drainage mittels Scheiden- und Intrauterinduschen mit Kochsalzlösung versucht. Genügt das nicht, dann ist eine einmalige, vorsichtige Austastung des Uterus sowie eventuell notwendige digitale Ablösung zurückgebliebener Placentarreste erlaubt. — Operative Eingriffe sind möglichst nur bei chronischen Prozessen vorzunehmen, sekundäre Herde exspektativ zu behandeln, daneben für Hebung des Allgemeinbefindens zu sorgen.

Jaschke (Gießen).

26) **A. Ostrcil** (Prag). **Über die Ziele der Geburtshilfe.** (Revue v therapii, verejné hygienè etc. 1912. p. 212. [Böhmisch.])

Auf Grund einiger statistischen Daten zeigt Verf., daß die Sterblichkeit der Frauen infolge puerperaler Sepsis in den letzten Jahren nicht wesentlich besser ist als vor 6—7 Jahren, was wohl — mindestens zum Teil — von ungünstigen Verhältnissen, in welchen die Hebammen und die Ärzte die Geburten leiten müssen, abhängig ist. Deshalb begründet Verf. einen Antrag auf Einführung obligater Krankenhausgeburten oder Einrichtung spezieller Abteilungen für Gebärende bei den Landeskrankenhäusern, Sanatorien und ähnlichen Instituten.

Jar. Stuchlik (München).

27) **Funck-Brentano und Roulland** (Paris). **Zwei Fälle schwerer Septikämie geheilt durch Antistreptokokkenserum und künstlichen Abszeß.** (Gynécologie 1913. April.)

Bericht über zwei sehr schwer verlaufene Fälle von puerperaler Septikämie. In beiden Fällen war wegen putrider Endometritis eine Ausschabung gemacht worden. Es schloß sich eine Streptokokkenseptikämie an, die nach vergeblicher Anwendung aller möglichen anderer Mittel durch Einspritzungen von Antistreptokokkenserum Roux fast in extremis und durch Anlegen eines künstlichen Abszesses durch Einspritzungen von Terpentinöl unter die Bauchhaut gerettet wurden. Der Wert der Behandlung scheint in der Kombination beider Methoden zu liegen.

Hohl (Bremerhaven).

Digitized by Google

28) **Wolf** (Leipzig). **Über die Wirksamkeit von Kollargolklismen bei septischen Prozessen.** (Deutsche med. Wochenschrift 1913. Nr. 20. p. 944.)

Wiederholte Klismen von 50 ccm einer 6%igen Kollargollösung beeinflußten einen Fall von Sepsis sehr günstig. Behne (Kiel).

29) **Patel und Dujol** (Lyon). **Ein Fall von Pelviperitonitis durch Colibazillen während der Schwangerschaft.** (Lyon méd. 1913. Nr. 28.)

Pat. ist eine 32jährige Frau, die seit dem 18. Jahre menstruiert, einen Partus und einen Abort gehabt, von seiten der Genitalien aber niemals eine Abnormität gezeigt hat. Letzte Menstruation am 9. XI. 1912. Am 9. XII. beim Heben einer Last heftiger, aber rasch vorübergehender Schmerz. 8 Tage später beginnen Koliken, Fluor und Schmerzen beim Urinieren und beim Stuhlgang. Am 22. nochmals heftige Schmerzattacke, von da an Bettlage und Verfall. Schmerzhaft aufgetriebenes Abdomen, Puls 100, weicher Tumor im Unterbauche. Diagnose: Ruptur einer Tubargravidität. Operation ergibt: eitrigen, stark fötiden Tumor im Douglas, im Uterus haselnußgroßes Ovulum mit verflüssigtem Fötus. Alle Teile im Zustande starker Injektion und entzündlicher Erweichung. Die bakterielle Untersuchung ergab eine massige Überschwemmung der Organe mit Kolibazillen. Nach einem Monat geheilt entlassen. Zeiss (Erfurt).

30) **H. T. Hicks** (Derby). **Lokalisierte puerperale Peritonitis.** (Journ. of obst. and gyn. of the brit. empire Vol. XXIII. Nr. 5. 1913. Mai. p. 300.)

Die beste Methode der Behandlung lokalisierter puerperaler Peritonitis bei Pyosalpinx, Pyovarium oder Parametritis ist die einfache Drainage durch den Douglas. Die radikale Entfernung der Pyosalpinx oder des Pyovariums führt leicht zu tödlicher Sepsis. Ist die einfache Drainage nicht auszuführen, so ist es am besten zu warten, da mit jedem Tage die Infektiosität der Keime abnimmt.

Hans Schlimpert (Freiburg).

31) **A. v. Reding.** **Ein ungewöhnlicher Fall ausgedehnter Nekrose des puerperalen Uterus.** (Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1913. Nr. 21.)

Beschreibung eines Falles von Nekrose der ganzen inneren Hälfte der Uterusmuskulatur im Wochenbett. Hysterektomie. Exitus. 3 Abbildungen.

F. König (Bern).

Mißbildungen der Genitalien.

32) **P. Oliver** (Chicago). **Ein Fall von Pseudohermaphroditismus.** (Journ. amer. med. assoc. 15. 3. 13.)

4jähriges Mädchen; doppelseitige inguinale Hernienoperation. Rechts wird ein bohnengroßer Körper, der im Bruchsack lag und sich histologisch als verkümmerter Testis erwies, entfernt.

Äußere Genitalien weiblich; Scheide endigt blind.

In ähnlichen Fällen will O. durch Probeexzision und Gefrierschnitte den Charakter der Geschlechtsdrüse festgestellt wissen. Handelt es sich um einen Testis, dann soll er ins Skrotum bzw. Lab. majus verlagert werden, andernfalls soll ein Ovarium in der Bauchhöhle fixiert werden.

Schottelius (Hamburg).

33) **F. Dostál.** **Pseudohermaphroditismus externus femininus.** (Casopis lékaruv ceskych 1913. Nr. 36.)

7jähriges Mädchen, macht den Eindruck eines 14jährigen Jünglings, ist

Digitized by Google

141 cm groß. Im 2. Lebensjahre begannen sich die äußeren Genitalien auffallend zu entwickeln; Neigung zum weiblichen Geschlecht; Onanie. Flache Brust, weibliches Becken, Behaarung des Genitales. Penis, mit Eichel und Vorhaut, 4 cm lang, 7 cm im Umfang, hängt über das vermeintliche, pigmentierte Skrotum herab; dieses ist in zwei gleiche Hälften geteilt. An der Unterfläche des Penis eine offene Furche, die mehrere kleine Öffnungen zeigt und zwischen den »Skrotalhälften« in der Tiefe verschwindet, aus der spontan Harn fließt. Hinter dieser Öffnung sind Hautfalten, die keine Hoden enthalten und, obwohl durch eine Furche getrennt, doch nach Art der Skrotalnaht miteinander verwachsen sind. Eine Sonde gelangt durch die Harn entleerende Öffnung in zwei verschieden lange Kanäle (6 bzw. 10 cm). Die Vorhaut setzt sich längs der offenen Furche in Falten fort, die sich hinter der Öffnung vereinigen. Sektion (Tod an Scharlach): Inneres Genitale normal weiblich. Aus Blase und Uterus gelangt die Sonde in jene zwischen den Labien befindliche Öffnung (Sinus urogenitalis); die Scheide durch das Hymen abgegrenzt; von dieser der 2 cm tiefe Sinus urogenitalis, bei dessen Entfaltung die durch eine Schleimhautfalte von der Vaginalöffnung getrennte Urethralöffnung sichtbar wird. Kein Kryptorchismus, im Lig. latum Epoophoren und Ductus Wolfii nachweisbar, der im Lig. ovarii proprium verschwindet. Also kein Zwittertum, sondern nur hypertrophische äußere weibliche Genitalien und vorzeitige Geschlechtsreife. (Mehrere Abbildungen.) G. Mühlstein (Prag).

34) **F. Jurcic. Atresia vaginae, Haematocolpos partialis, Hämatometra, Haematosalpinx bilateralis.** (Lijecnicki vijesnik 1913. Nr. 6. [Kroatisch.])

In diesem von Cackovic operierten Falle (Exstirpation des Uterus und der Tuben) ist hervorzuheben, daß die beiden Tuben im uterinen Drittel ganz normal, dünn waren und sich dann ohne Übergang zu Daumendicke erweiterten. Der uterovaginale Tumor war zweifaustgroß, die die Vagina teilende Scheidewand, $^3/_4$ cm dick, zeigte nicht den Charakter einer Narbe. Das Genitale sonst gut entwickelt. Ätiologisch keine Ursache für die Atresie nachweisbar, die kongenitaler Natur sein muß. Heilung. v. Cackovic (Zagreb-Agram).

35) **Prampolini (Gavarzere). Atresia vaginalis totalis. Konsekutive Hämatometra und Haematosalpinx sin.** (Ginecologia 1913. 9. Jahrg. Nr. 17.)

Krankengeschichte nebst kritischen Bemerkungen über einen sicher erworbenen Fall von Atresia vaginae totalis mit konsekutiver Hämatometra und Haematosalpinx sin. Das 14jährige Mädchen hatte im 3. Jahre Blutung und Ausfluß aus der Scheide; machte dann Scharlach und eine schwere Halsentzündung durch. P. eröffnete den Verschluß von unten, ließ das Blut ab und behandelte entgegen den in Deutschland herrschenden Grundsätzen die Hämatosalpinx nicht. Sie verschwand allmählich, ohne daß bedrohliche Zeichen auftraten. Der neugeschaffene Kanal zeigte große Neigung zur Schrumpfung, weshalb er mit Hegarschen Dilatatorien lange Zeit bougiert wurde. Verf. beabsichtigt später eine Plastik der Vagina auszuführen oder den Uterus zu exstirpieren.

Knoop (Duisburg).

36) **Bassani (Florenz). Vollständiger Mangel der Vagina. Hämatometra und doppelseitige Hämatosalpinx.** (Ginecol. 9. Jahrg. Nr. 20.)

Bei der in der Überschrift genannten Mißbildung wurde von Resinelli die abdominale Totalexstirpation unter Zurücklassung des einen Ovariums ausgeführt.

Digitized by Google

Die Blutansammlung hatte den Uterus des 17jährigen Mädchens bis zur Größe eines im 2. Monate graviden ausgedehnt. Besprechung aller Operationsmöglichkeiten und Begründung ihrer Ablehnung bis auf die ausgeführte Totalexstirpation; anschließend anatomische und pathologische Erörterungen, die sich zum größten Teil an deutsche Arbeiten anlehnen. Knoop (Duisburg).

37) **N. Protopopescu. Künstliche Scheide aus Dünndarm.** (Revista stiintzelor med. 1913. März.)

Die Anzahl der Operationen, durch welche eine fehlende Scheide durch eine Dünndarmschlinge ersetzt wurde, ist eine noch recht beschränkte, weil die Anzahl der Frauen, denen das innere Genitale vollständig fehlt, keine sehr große ist.

In dem Falle des Verf.s handelte es sich um ein 21jähriges Mädchen, bei welchem vollständiger Mangel von Scheide und Gebärmutter festgestellt worden war, während das äußere Genitale normale Verhältnisse darbot. Zuerst wurde mittels Perinealschnittes, welcher nach oben bis an die Harnröhre verlängert wurde, in den Raum zwischen Rektum und Blase eingegangen und durch vorsichtiges Präparieren ein möglichst hoch hinaufreichender Hohlraum geschaffen. Hierauf wurde der Bauchraum eröffnet, eine 25 cm lange Dünndarmschlinge (beginnend etwa 45 cm oberhalb der Ileocoecalklappe) samt Mesenterium ausgeschaltet, die betreffenden Darmenden durch Nähte geschlossen, die Mitte des Darmstückes mittels einer Fadenschlinge in den oben erwähnten Hohlraum nach unten gezogen und an die Vulvarschleimhaut durch Nähte fixiert. Die Kontinuität des Dünndarms wurde durch Murphy'schen Knopf wieder hergestellt.

Die Folgen waren ganz normale; nach Heilung der Operationswunden, konnte eine genügend große Vagina festgestellt werden, welche auch in weiterer Folge sexuellen Verkehr gestattete. In der Wirklichkeit sind es zwei Scheiden, die in der Tiefe von etwa 4 cm durch einen Sporn voneinander geschieden sind, doch vertieft sich dieser Teil mit der Zeit erheblich und die eine Scheidenabteilung zieht sich nach der Seite, so daß eigentlich nur ein Scheidenkanal zurückbleibt.

E. Toff (Braila).

38) **Durlacher** (Ettlingen). **Über eine Frühgeburtseinleitung bei plattrachitischem Becken bei Gravidität des rechten Horns eines Uterus bicornis unicollis mit einigen epikritischen Bemerkungen.** (Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 34.)

Doppelter Uterus, der nur eine Cervix besitzt. Drei Schwangerschaften waren vorhergegangen, zweimal im linken, einmal im rechten Horn. Sie endeten durch Frühgeburten. Bei der vierten, im rechten Uterushorn sitzenden Gravidität wurde in der 35. Schwangerschaftswoche die Frühgeburt eingeleitet. Das Becken hatte eine ausgesprochene Achterform mit pflugscharartig vom Promontorium und der Symphyse hervorragenden Exostosen. Nachdem die Nabelschnur in die rechte Beckenhälfte vorgefallen war, trat unter Mithilfe von Pituitrin der Kopf in die linke Beckenhälfte ein, so daß in Walcher'scher Hängelage schließlich die Zange angelegt werden konnte. Die scheintote, 47 cm lange Frucht konnte nicht wiederbelebt werden. Die Conjugata vera betrug $7^1/_4$ bis $7^1/_2$ cm.

Der Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

Bei Komplikationen von gedoppeltem Uterus mit plattrachitischem Becken mit einer Conj. vera unter 8 cm ist der relative Kaiserschnitt indiziert. Die Frühgeburtseinleitung ist wegen schlechter Chancen für das Kind zu unterlassen. Schließlich kommt die Perforation in Frage. Frickhinger (München).

Digitized by Google

39) **Jayuot und Fairise** (Nancy). **Untersuchungen über die retroperitonealen, vom Wolff'schen Gange ausgehenden Cysten.** (Revue de gyn. et de chir. abd. 1913. Nr. 6.)

Die Verff. beschreiben eine im Mesocolon descendens gelegene Cyste von 4—5 Liter Inhalt, deren Ursprung zweifellos in Resten des Wolff'schen Ganges zu suchen ist. Anschließend werden 13 ähnliche Fälle aus der internationalen Literatur angeführt und erörtert, und aus all diesen Beobachtungen wird das anatomische nnd klinische Bild der Cysten des Wolff'schen Ganges aufgebaut. Die Überreste des Wolff'schen Ganges können sich an den verschiedensten Stellen in der Peritonealhöhle finden und Veranlassung zur Tumorbildung geben. Es können sowohl solide, als auch cystische Geschwülste auf diese Weise entstehen; diese werden bei beiden Geschlechtern, vorzugsweise aber beim Weibe, beobachtet. Sie liegen meist retroperitoneal, wachsen sekundär in die »mésos« und können innige Verbindungen mit den benachbarten Organen eingehen. Ihre papilläre Struktur ist analog der gewisser Ovarialcysten.

Klinisch lassen sie sich schwer bestimmen; ausschlaggebend ist der histologische Befund. Ihre Entwicklung ist langsam, aber stetig fortschreitend; da Spontanheilungen nicht vorkommen, müssen sie exstirpiert werden. Ausführliches Literaturverzeichnis. Knoop (Duisburg).

Thrombose und Embolie.

40) **Gustav Petrén** (Lund). **Studien über obturierende Lungenembolie als postoperative Todesursache.** (Beiträge zur klinischen Chirurgie Bd. LXXXIV. Hft. 3.)

Von 57 tödlich verlaufenden Fällen sind 45 nach Operationen aufgetreten, 7 nach Geburten bzw. Fehlgeburten. 5 ereigneten sich ohne Zusammenhang mit einer Operation oder einem Partus. Von den 45 Fällen traten 4 nach Myomoperationen, je 1 nach Uterus- und Ovarialkarzinomoperationen je 2 nach Prolaps- und Ovarialkystomoperationen, die übrigen nach den verschiedensten chirurgischen Eingriffen auf. Bei einer vom Verf. zusammengestellten Literaturstatistik von 430—444 Fällen kommt die größte Zahl (97) auf Myome, dann kommen erst mit 62 Embolie fällen die Hernienoperationen. Im allgemeinen ereigneten sich die meisten Zufälle (366) nach Bauchoperationen. Den Umstand, daß anscheinend die gynäkologischen Fälle den größten Prozentsatz liefern, erklärt Verf. nicht mit der Eigenart der Operationen, sondern eher mit dem früh erwachten Interesse der Gynäkologen für dieses Ereignis. Weitere literarische Studien ergaben, daß nahezu 1% der operierten Myomfälle und fast ebenso viele der Uterusexstirpationen an Lungenembolie sterben. Nach anderen, größeren gynäkologischen Operationen beträgt die Emboliesterblichkeit 0,5% und ebensoviel nach sämtlichen chirurgischen Operationen; nach Bruchoperationen beträgt sie 0,2%. Nach Operationen akuter wie chronischer Krankheiten tritt sie in gleicher Weise auf, ziemlich unabhängig vom Allgemeinzustande. Reichliches Fettpolster, Veränderungen des Herzens und des Gefäßsystems scheinen die Gefahr zu erhöhen; bedeutend mehr als die Hälfte der obduzierten Fälle litt an Erkrankung des Myokards. Die tödliche Lungenembolie verstopft meistens mehr oder weniger vollständig den Hauptstamm oder die beiden Hauptäste der Pulmonalarterien. In den meisten Fällen ist die Ursache ein Thrombus in der V. iliaca oder hypogastrica, und zwar vorzugsweise der linken. Dieser Thrombus ist nach gynäkologischen

Digitized by Google

Operationen in wahrscheinlich nicht weniger als der Hälfte der Fälle durch direkt fortgesetzte Thrombenbildung entstanden. Die meisten Fälle haben eine im großen und ganzen aseptische Temperaturkurve. Das Mahler'sche Symptom ist in Verf.s Fällen nur 2mal durch hohe Pulsfrequenz angedeutet gewesen. 31 Fälle sind binnen 10 Minuten nach Einsetzen der Lungenembolie gestorben. In der Ätiologie spielt Infektion keine wesentliche Rolle, bedeutungsvoller sind herabgesetzte Herztätigkeit und Zirkulationsstörungen. Prophylaktisch empfiehlt Verf. daher Anregung der Herztätigkeit, Atmungsgymnastik und Bewegungstherapie. Die Bedeutung des Frühaufstehens scheint noch nicht genügend geklärt. Bezüglich der Trendelenburg'schen Operation ergab sich, daß von den 45 Fällen 26 keine 15 Minuten gelebt haben, von den übrigen hatten 9 eine solche Ausbreitung der Emboliemassen in den lobären Arterienästen, daß diese wahrscheinlich in erforderlicher Ausdehnung nicht hätten entfernt werden können. 7 Fälle hätten möglicherweise operiert werden können.

Calmann (Hamburg).

41) **Theodor von Wenczel** (Budapest). **Thrombosen und Embolien nach gynäkologischen Operationen.** (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXXXIV. Hft. 1.)

Nach einer allgemeinen Besprechung der Pathologie und Therapie prüft Verf. an der Hand des Materiales der ersten Budapester Frauenklinik die Bedeutung der Ruhe und der erzwungenen Bewegung für diese Frage. Unter 835 Laparotomien kamen 17 Thrombosen und 10 Lungenembolien vor. Diese verteilen sich folgendermaßen: 8 Thrombosen kamen auf 173 Myomoperationen mit 5 Lungenembolien (1 Todesfall), 4 mit tödlich verlaufenden Lungenembolien auf 336 Ovariotomien, je 1 auf 70 Karzinome und 45 Tubargraviditäten, 3 mit 2 Lungenembolien (1 Todesfall) auf 52 Prolapsoperationen. Außerdem ereigneten sich nach 101 vaginalen Karzinomoperationen noch 3 Thrombosen mit 2 Embolien (1 Todesfall). Den Pat. wird nach der Laparotomie die Bewegung im Bette gestattet, nach 8 Tagen dürfen sie aufstehen, der überwiegende Teil der Kranken zieht es aber vor, 12—14 Tage zu liegen.

Calmann (Hamburg).

42) **H. G. Runge. Über postoperative Thrombosen und Embolien.** Inaug.-Diss., Freiburg i. B., 1913.

R. bespricht zunächst kurz die historische Entwicklung von der Lehre des Thrombus, dann den Aufbau und bringt eine Übersicht über die Bedingungen für die Entstehung, in der er sich voll und ganz der mechanischen Theorie Aschoff's anschließt. Bezüglich der Prophylaxe tritt er lebhaft für das Frühaufstehen ein und bekräftigt diesen Standpunkt durch das Material der Freiburger Frauenklinik, außerdem Sorge für einen möglichst guten Allgemeinzustand durch Vermeidung übermäßigen Abführens, zu langer Allgemeinnarkose usw. Kontraindikation gegen das Frühaufstehen bilden nur Prolapse mit Levatornaht.

Den letzten, wesentlichsten Teil der Arbeit bildet die Statistik der Krönigschen Klinik, bestehend aus 2889 Operationen, darunter 2269 Laparotomien mit insgesamt 13 Thrombosen und 3 Embolien, bei denen nur einmal die Thrombose vor der Embolie manifest wurde. 10 Fälle kommen auf Myome und Karzinome. Die Embolien traten sämtlich bei Pat. über 50 Jahren auf.

Die Mitteilung der bezüglichen 15 Krankengeschichten folgt am Schluß.

Schneider (Freiburg).

Digitized by Google

43) **Meurer (Amsterdam). Thrombose und Embolie im Wochenbett und nach Operationen.** (Nederl. Maandschr. v. Verlosk. en Vrouwenz. en v. Kindergeneesk. 1912. Nr. 4—6.)

Ganz im Gegensatz zu der Meinung Hüffel's, daß Thrombose und Embolie in Holland fast gänzlich unbekannt seien, ergibt eine Zusammenstellung des Materiales der staatlichen Hebammenlehranstalt in Amsterdam unter 3700 Geburten 46 Thrombosefälle; 850 Privatpatientinnen des Verf. wiesen 16 Thrombosen auf; also eine Gesamtprozentzahl von 1,3%. — In den letzten Jahren ist die Zahl der Thrombosen relativ groß, wofür wohl die größere Aufmerksamkeit, die durch besonders erschütternde Embolie fälle auf diesen Gegenstand gelenkt wurde, die Ursache abgibt.

Der Schmerz ist nicht als konstantes Symptom zu bezeichnen, da Verf. ihn oft vermißte. Nur fünf Pulskurven wiesen das Mahler'sche Zeichen auf, als dessen Ursache M. eine allmählich stärker werdende Toxinresorption ansieht; wohl war öfters die Pulszahl unverhältnismäßig hoch mit Bezug auf die Temperatur.

Die meisten Thrombosen wurden entdeckt innerhalb der ersten 9 Tage des Wochenbettes; 31 von den 46 klinisch wahrgenommenen; hiervon entfielen 18 auf den 4. bis 6. Tag.

Embolien zeigten sich 13mal, i. e. in 20% der Thrombosefälle. In 6 Fällen wurde die Thrombose erst durch das Auftreten eines Embolus entdeckt.

Was die Ätiologie anbelangt, ist Verf. kein Anhänger der Infektionstheorie. Das bei allen seinen Fällen vorkommende Fieber erklärt er eher für eine Folge der Thrombophlebitis, also als Toxinresorption aus der aseptisch entzündeten Venenwand als für ein Infektionsfieber. Er fand, übereinstimmend mit dieser Auffassung, daß die Temperatur erst anstieg, nachdem der Thrombus sich anderweitig erkennbar gemacht hatte. Der Michaelis'schen Auffassung, als gingen dem Auftreten der Thrombose fast immer Temperatursteigerungen voran, kann Verf. also nicht beipflichten.

M. ist ein Gegner des Frühaufstehens im Wochenbett. Im Kapitel Prophylaxe weist er auf den hohen Kalkgehalt der Milch als möglichen Faktor für die größere Gerinnungsfähigkeit des Blutes hin; er fand nämlich, daß von 62 an Thrombose erkrankten Wöchnerinnen 12 eine absolute Milchdiät gehabt hatten; von 252 Schwageren mit Milchdiät bekamen 12 = 3,6% eine Thrombose gegen 37 von 3450 = 1% der übrigen. Van Hoytema (Leiden).

44) **Vauverts und Taucot. Die Behandlung der Thrombophlebitis puerperalis.** (Arch. mens. d'obstétr. et de gynécol. 1912. Dezember.)

Die Arbeit stellt in der Hauptsache eine kritische Sammlung der über diesen Gegenstand erschienenen Publikationen dar. Ihr Hauptinteresse konzentriert sich auf die chirurgische Behandlung der Beckenvenenthrombosen, mit der sich fast nur deutsche Autoren beschäftigt haben. Auf Grund einer nach den publizierten Fällen angefertigten, ausführlichen Übersicht kommen die Verf. zu dem Resultat, daß der chirurgische Eingriff in allen den Fällen berechtigt und von Nutzen sei, bei denen eine reine Thrombophlebitis im Bereiche der Beckenvenen vorliegt. Was den Zeitpunkt der chirurgischen Intervention anlangt, so ist er gegeben, wenn bei einer chronischen Pyämie nach vorübergehender Besserung neue Schüttelfröste einsetzen und die Bildung von Metastasen beginnt.

Betreffs der Technik ist die Ausführung einer Laparotomie zwecks Beseitigung

Digitized by Google

der Situation zu empfehlen. Zeigt es sich dabei, daß ein periphlebitischer Abszeß vorliegt, so empfiehlt es sich, das Abdomen wieder zu schließen und den Abszeß auf extraperitonealem Wege zu eröffnen. Im anderen Falle wird die Unterbindung der Vene ausgeführt. Engelmann (Dortmund).

45) **Th. Willett** und **W. Maeschtle** (West Allis). **Fall von Thrombose der Vena cava inferior.** (Journ. amer. med. assoc. 1912. Nr. 24. p. 1878.)

30jährige Vpara, in der Eröffnungsperiode. Seit dem 6. Monat Albuminurie, hyaline und granulierte Zylinder, die sich bei Behandlung besserte. Bei Beginn der Geburt geschwollene Füße und leichte, allgemeine Krämpfe; Wendung auf Fuß, Extraktion eines lebenden, aber schwer asphyktischen Kindes. Pat. erholte sich, klagte aber nach 3 Wochen p. p. über Schmerzen in den Beinen; rechte Niere läßt sich vergrößert und druckempfindlich palpieren.

2 Wochen später zunehmende Verminderung der Urinsekretion, Zylinder und Leukocyten im Urin. Rechts ausgesprochene Druckempfindlichkeit und leichte Schwellung der Regio ileolumbalis. Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Rechter perirenaler Abszeß. Inzision über der rechten Niere, die von seröser Flüssigkeit umgeben ist; hinter ihr die von der Bifurcatio bis zum Diaphragma thrombosierte Vena cava inferior. Drainage der Wunde.

In den nächsten Tagen starke Sekretion aus der Wunde, vom 3. Tage an merkliche Vergrößerung der epigastrischen und femoralen superfiziellen Venen (Ausbildung eines Kollateralkreislaufs). Entlassung nach 3 Monaten ohne wesentliche Beschwerden, abgesehen von Beinschwellung nach längerem Stehen.

Schottelius (Hamburg).

46) **H. Jellett** (Dublin). **Die chirurgische Behandlung der Beckenthrombose.** (Surgery, gynecology and obstetr. Vol. XVII. Nr. 2.)

An der Hand von fünf Fällen empfiehlt Verf., bei Thrombophlebitis puerperalis der Beckenvenen die thrombosierten Gefäße durch Laparotomie zu exstirpieren. Nur wenn noch keine Eiterbildung stattgefunden hat, oder keine ausgesprochene Periphlebitis vorhanden ist, kann man sich bei technischen Schwierigkeiten auf die Ligatur der erkrankten Venen beschränken. Am günstigsten ist die Prognose der Operation, wenn es sich um die Thrombose einer Vena ovarica handelt, weniger aussichtsreich, wenn eine oder gar beide Venae uterinae befallen sind. Viel ungünstiger ist die Thrombose einer Vena iliaca interna und fast ganz aussichtslos die Erkrankung beider Iliacae internae. Die Prognose der Thrombose des unteren Teiles der Vena cava schließlich ist ganz infaust.

Robert Stern (Offenbach).

Originalmitteilungen und Referate für das Zentralblatt wolle man an *Prof. Dr. W. Stoeckel* in Kiel, Monographien, Sonderdrucke und Bücher-sendungen an *Prof. Dr. W. Stoeckel* oder an die Verlagshandlung von *Johann Ambrosius Barth*, Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. W. Stoeckel in Kiel.

Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Digitized by Google

Zentralblatt für Gynäkologie

begründet von HEINRICH FRITSCH

herausgegeben von

WALTER STOECKEL in Kiel.

37. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 45. Sonnabend, den 8. November 1913.

Inhalt.

Originalien: I. **W. Sigwart,** Über die Rückbildung der Blasenveränderungen bei bestrahlten Collumkarzinomen. — II. **W. Weibel,** Extraperitonealer Kaiserschnitt und Beckenspaltung. — III. **K. Neuwirth,** Über den Forceps intrauterinus.

Neue Bücher: 1) **Werboff,** Gebärmutter des Weibes. — 2) **Fehling-Walcher,** Lehrbuch der Geburtshilfe. — 3) **Gottschalk,** Gesundheitspflege.

Berichte: 4) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin. **Gerstenberg,** Heilung enger Becken. — **Falk,** Extrauteringravidität.

Zeitschriften: 5) Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XXXVIII. Hft. 3. **Unterberger,** Gleichzeitige Schwangerschaft beider Tuben. — **Cramer,** Hydramnion. — **Schlapoberski,** Untersuchung per rectum während der Geburt. — **Kreutzmann,** Geburtshilfliche Privatpraxis. — **Nikolskij,** Unterbindung der A. hypogastrica. — **Öhmann,** Ovarialblutungen und Ovarialhämatom. — **Wanner** und **Teutschländer,** Mesothorium gegen bösartige Neubildungen. — **Schlimpert,** Leberkarzinom. — **Credé-Hörder,** Ätzwirkung der Prophylaktika.

Uteruskarzinom: 6) **Kelly** und **Neel,** 7) **Kretzschmar,** 8) **Nagoya,** 9) **Knack,** 10) **Weber,** 11) **Greife,** Uteruskarzinom.

Menstruation: 12) **Gengenbach,** Menstruatio praecox. — 13) **Siccardi,** Chlorose. — 14) **Alloria,** Körpergröße und Pubertät. — 15) **Ridella,** Metrorrhagien. — 16) **Blair Bell,** Pathologie der Uterusausgüsse. — 17) **Laudon,** Epiduralinjektionen bei Dysmenorhöe und Kreuzschmerzen.

Lageveränderungen: 18) **Earl,** 19) **Meyer,** 20) **Höfer,** 21) **Just,** Uterusprolaps. — 22) **Jacobovici,** Myohysteropexie. — 23) **Jones,** 24) **Riedmeier,** Uterusinversion. — 25) **Donald** und **Fletcher Shaw,** Retroflexio uteri. — 26) **Henitt,** Pessar.

Bauchdecken, Ligamente, Beckenzellgewebe: 27) **Ebner,** 28) **Staudinger,** Lipome. — 29) **Moritz,** Mackenrodt'sche Ligamente. — 30) **McMorrow,** Entzündliche Beckenerkrankungen. — 31) **Smith,** Eitrige Beckenprozesse. — 32) **Steinberg,** Desmoide Bauchdeckengeschwülste.

Innere Sekretion: 33) **Good,** 34) **Bandler,** Innere Sekretion. — 35) **Poindecker,** Hypophysenveränderungen bei Akromegalie. — 36) **Zanfrognini,** Adrenalin. — 37) **Markoe** und **Wing,** Die Schilddrüse in der Schwangerschaft. — 38) **Smith,** Corpus luteum-Antigen.

Medikamente: 39) **Jäger,** Tenosin. — 40) **Oppenheim,** Adamon. — 41) **Cuntz,** Urotropin. — 42) **Schlosser,** Kombinierte Diuretica. — 43) **Alexander,** Veronalvergiftung.

Berichtigung.

I.

Aus der Kgl. Universitäts-Frauenklinik Berlin.
Direktor: Geheimrat Prof. E. Bumm.

Über die Rückbildung der Blasenveränderungen bei bestrahlten Collumkarzinomen.

Von

Prof. W. Sigwart,

Oberarzt der Klinik.

Als Händly Mitte vorigen Jahres auf die Anregung Bumm's hin begann, inoperable Uteruskarzinome einer Intensivbestrahlung mit hohen Röntgendosen zu unterziehen, habe ich bereits bei diesen Fällen meine Aufmerksamkeit der

Digitized by Google

cystoskopischen Kontrolle der Blase zugewendet. Besonders in dem einen Falle, welchen Händly in der Sitzung der Berliner gynäkologischen Gesellschaft vom 28. VI. 1912 demonstrierte, hoffte ich am Zurückgehen des schweren bullösen Ödems, das den ganzen Blasenboden einnahm, die günstige Wirkung der Röntgenstrahlen auf das Karzinom verfolgen zu können. Die Besserung oder gar das Verschwinden des bullösen Ödems der Blase wäre ein objektiv erbrachter Beweis dafür, daß die Wirkung der Strahlen sich auch noch an der äußersten, der Einbruchspforte der Strahlen abgewandten Peripherie des Karzinoms geltend macht. In der Tat glaubte ich, bei dem damals beobachteten Fall ein gewisses Zurückgehen des bullösen Ödems beobachten zu können. Die Veränderungen des Blasenbildes waren aber noch zu gering, um sie als positives Resultat verwerten zu können.

Heute bin ich in der Lage einen mit Röntgenstrahlen und mit Mesothorium behandelten Fall von inoperablem Karzinom mitteilen zu können, bei welchem ein sehr schweres bullöses Ödem, das den ganzen Blasenboden einnahm, unter der Strahlenwirkung vollständig zum Verschwinden gebracht wurde. Photographische Aufnahmen[1] der Blase in den einzelnen Stadien der Behandlung sollen das Zurückgehen der schweren im Gefolge des Uteruskarzinoms aufgetretenen Blasenveränderungen veranschaulichen.

Frau Anna Sch., 34 Jahre alt, hat einmal geboren (1899). Pat. kommt am 24. VI. ds. Js. in die Klinik, weil sie Blutungen, insbesondere nach der Kohabitation, bemerkt. Sie leidet unter starken Kreuzschmerzen und ist in letzter Zeit stark abgemagert. Die Untersuchung ergibt einen etwas nach links gelagerten, zweifaustgroßen myomatösen Uterus. Die Portio ist kolbig verdickt, hart, unregelmäßig. Eine größere Ulceration an der Portio ist nicht zu sehen. Dagegen ist die ganze Cervix wie eingemauert, unbeweglich, besonders durch eine starke Infiltration im linken Parametrium. Die mikroskopische Diagnose eines aus dem Cervicalkanal entnommenen Stückchens ergibt ein alveoläres Karzinom der Cervix. Der Urin ist außerordentlich trübe, mit eitrigem Bodensatz. Die cystoskopische Untersuchung ergibt ein ausgedehntes bullöses Ödem des Blasenbodens (Bild Ia u. b), das bis zu den Ureteren herangeht und nicht nur das Trigonum, sondern auch einen großen Teil des Fundus der Blase einnimmt. Die Blasenschleimhaut weist zum Teil größere ödematöse Wülste, zum Teil, namentlich hinter der Linea ureterica, groß- und kleinblasiges Ödem auf. Die übrige, vom Ödem freie Schleimhaut ist stark entzündlich gerötet, mit zahlreichen kleinen Eiterflocken belegt.

Am 2. Juli wird mit der Röntgenbestrahlung und mit dem Einlegen von Mesothorium in die Scheide begonnen. Im Verlauf der nächsten 3 Wochen hatte Pat. 16 800 Milligrammstunden Mesothorium bei Einzeldosen von 100—200 mgr. und etwa 600 X Kienböck erhalten. Die bimanuelle Untersuchung ergab, daß der Tumor kleiner und beweglicher geworden war, die kolbige Auftreibung der Cervix war zurückgegangen. Die cystoskopische Untersuchung (Bild IIa u. b) zeigte eine wesentliche Besserung der erkrankten Blasenschleimhaut. Die Blase, die bei Beginn der Behandlung kaum 100 ccm Füllflüssigkeit faßte, war jetzt leicht aufzufüllen. Das Cystoskop, das anfangs nur unter starker Senkung des Cystoskoptrichters über die den Blasenboden samt dem Trigonum stark vorwölbende Cervix eingeführt werden konnte, fand jetzt kaum mehr ein Hindernis

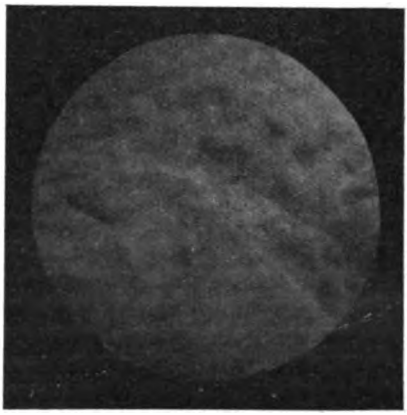
[1] Die Aufnahmen sind mit einem von Louis und H. Löwenstein Berlin gelieferten cystophotographischen Instrumentarium gewonnen.

Digitized by Google

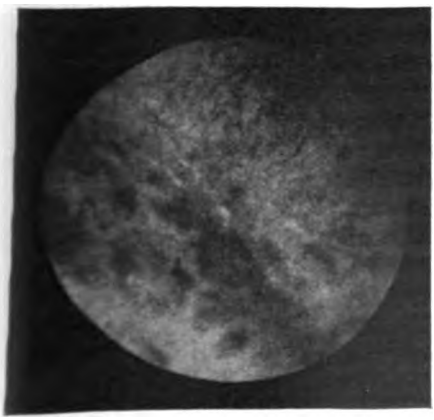
Ia

Ib

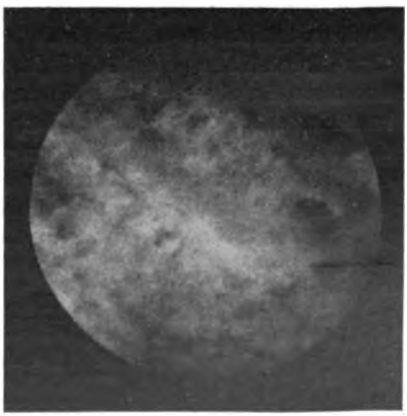
IIa



IIb



IIIa



IIIb

Digitized by Google

am Blasenboden. Die Entzündung ist zurückgegangen, das bullöse Ödem im großen und ganzen geringer geworden. Insbesondere die Partien um den linken Ureter (II b) sind bereits nahezu frei von Entzündung und Ödem. Der Urin ist wesentlich klarer geworden.

Da die Pat. starke Tenesmen des Darmes bekommt und auch sonst durch die intensive Bestrahlung angegriffen ist, kann die Bestrahlung nicht mehr lange fortgesetzt werden und die Behandlung wird 3 Wochen lang ausgesetzt. Ehe die Bestrahlung von neuem aufgenommen wird, findet nochmals eine Untersuchung statt, die ergibt, daß das zweifaustgroße Myom ganz verschwunden ist. Der Uterus ist klein und beweglich geworden, die Infiltration links im Parametrium kaum mehr zu fühlen. Die kolbige karzinomatöse Portio hat normale Formen angenommen und ist mit einem dicken Schorf belegt.

In der Blase (Bild III a u. b) ist von bullösem Ödem nichts mehr zu sehen. Sowohl die Gegend des linken Ureters, wie das Trigonum und der Fundus der Blase sind glatt. Die starke Vorbuchtung durch die Cervix ist nicht mehr vorhanden. An Stelle des bullösen Ödems, welches das erste Bild zeigt, weist die Schleimhaut, die im ganzen nur noch leicht entzündet ist, kleine anscheinend submukös liegende Unebenheiten auf. Der Urin ist klar geworden, und die Frau hat keinerlei Blasenbeschwerden mehr.

Da auch die Beschwerden von seiten des Darms nachgelassen haben, ist nun mit der Bestrahlung wieder begonnen worden, und die Frau, deren Allgemeinbefinden sich in der letzten Zeit ganz außerordentlich gehoben hat, befindet sich noch in Behandlung. Die Operation, falls sie überhaupt noch nötig ist, worüber weitere mikroskopische Untersuchungen entscheiden müssen, dürfte jetzt nicht mehr allzuviele Schwierigkeiten bieten.

Es soll hier nicht auf die noch verschieden beantwortete Frage der klinischen Dignität des bullösen Ödems beim Cervixkarzinom näher eingegangen werden, ob das bullöse Ödem nur der Ausdruck einer vom Karzinomherd aus sich vorschiebenden Entzündung ist, oder ob das bullöse Ödem auf den durch das Wachstum des Karzinoms selbst verursachten Zirkulationsstörungen in der Blase beruht. Diese Fragen sind von Fromme[1], Hannes[2], Stoeckel[3] und Zangemeister[4] eingehend erörtert worden. Jedenfalls sagt uns die klinische Erfahrung, daß das Vorhandensein eines bullösen Ödems als Zeichen dafür aufzufassen ist, daß das Karzinom weit gegen die Blase vorgedrungen und die Grenzen der Operabilität zu überschreiten im Begriffe ist. Ist das bullöse Ödem auch nur der Ausdruck einer Entzündung und nicht direkt durch das Karzinom hervorgerufen, so zeigt sich diese Entzündung in der Blase doch nur dann, wenn das Karzinom bereits in nächster Nähe sich ausgebreitet hat. Daher muß, so oder so, bei dem von uns beobachteten Fall das Verschwinden des Ödems dahin gedeutet werden, daß durch die Bestrahlung auch noch die bis gegen die Blase zu vorgeschobenen karzinomatösen Veränderungen günstig beeinflußt worden sind. Der Rückgang des bullösen Ödems beweist den Rückgang des Karzinoms.

[1] Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXVII.
[2] Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. LXII. u. Med. Klinik 1907. Nr. 42.
[3] Stoeckel, Die Cystoskopie des Gynäkologen. Leipzig 1904.
[4] Archiv f. Gyn. Bd. LXIII. u. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. LV.

Digitized by Google

II.

Aus der II. Universitäts-Frauenklinik in Wien.
Vorstand: Prof. E. Wertheim.

Extraperitonealer Kaiserschnitt und Beckenspaltung [1].

Von

Privatdozent Dr. W. Weibel,
Assistent der Klinik.

Seit der Einführung des extraperitonealen Kaiserschnittes in die Therapie des engen Beckens wurde dieser an der II. Wiener Frauenklinik 67mal ausgeführt; in derselben Zeit, das sind ca. 5 Jahre, wurde 39mal die Hebosteotomie und niemals die Symphysiotomie gemacht.

Bei dem noch immer bestehenden Widerspruche der Meinungen über diese beiden Operationen scheint es mir von Wert, die Erfahrungen an unserem Materiale, das keine grundsätzliche Bevorzugung der einen oder anderen Operationsmethode aufweist, der Öffentlichkeit bekanntzugeben. Denn wenn sich auch so ziemlich allgemein der Standpunkt befestigt hat, bei Erstgebärenden und Beckenverengerungen unter 7—7,5 cm Conj. vera die Hebosteotomie abzulehnen, so dauert doch für geringere Beckenverengerungen und für Mehrgebärende der Streit der Meinungen fort, ob im gegebenen Falle die Beckenspaltung oder der extraperitoneale Kaiserschnitt das bessere Verfahren sei.

Entsprechend dem Zwecke der beiden Operationen, sonst der Kraniotomie verfallene Kinder am Leben zu erhalten, muß der Wert derselben in der Zahl der geretteten Kinder zum Ausdruck kommen. Diesbezüglich ergibt unser Material folgende Resultate: Bei den 39 Hebosteotomien gingen sechs Kinder zugrunde, also 15,4%; einmal wurde bei einer Erstgebärenden nach der Beckenspaltung noch 24 Stunden bis zur Zangenextraktion gewartet. In den übrigen Fällen mit toten Kindern wurde die Entbindung der Beckendurchsägung gleich angeschlossen, dreimal mit Forceps und zweimal mit Wendung und Extraktion; davon eine Primipara.

Unter den 67 extraperitonealen Kaiserschnitten verloren wir nur zwei Kinder, das sind 3%; eines davon starb, als die Mutter während der Operation schwer asphyktisch wurde, und im zweiten Falle waren die fötalen Herztöne schon vor der Operation im Erlöschen.

Wie verhält sich nun demgegenüber die Mortalität der Mütter? Von den Hebosteotomien starb eine an Thrombophlebitis, 25 Tage post op. (Multipara, hoher Forceps, tiefe Einrisse in der Scheide), also 2,5%. Bei den extraperitonealen Kaiserschnitten hatten wir zwei mütterliche Todesfälle, also 3% Mortalität. Eine Frau wurde bei der Operation infiziert und starb an multiplen Abszessen, die andere kam schon mit den Erscheinungen einer Sepsis an die Klinik und wäre auch durch die Opferung des Kindes kaum zu retten gewesen.

Wir haben jetzt eine Serie von 52 extraperitonealen Kaiserschnitten ohne mütterlichen Todesfall.

Nach der Mortalität wollen wir gleich von der Morbidität sprechen, wenn auch die Zahlen hier nur einen beschränkten Wert haben, wo es so viel darauf ankommt, ob man an reinen oder unreinen Fällen operiert. Wenn ich den Begriff »rein« im strengsten Sinne des Wortes auffasse, so haben wir die Hebosteotomie

[1] Vortrag, gehalten am 23. September 1913 gelegentlich der Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Wien.

Digitized by Google

in 12 reinen und 27 unreinen Fällen vorgenommen. Es wurde also die Mehrzahl der reinen Fälle der extraperitonealen Sectio zugewiesen, die ebenso zahlreichen unreinen Fälle verteilen sich auf beide Operationsarten ziemlich gleichmäßig.

Bei den 39 Hebosteotomien gab es in 31% postoperative Komplikationen, darunter fünfmal größere Hämatome an der Sägestelle, dreimal Eiterung im Wundgebiete, worunter der eine Exitus, dreimal gab es Blasenfisteln, von denen zwei sponton heilten und eine durch wiederholte Operationen geschlossen wurde, drei Fälle zeigten längeres Wochenbettfieber, dreimal wurde eine Thrombose oder Embolie konstatiert, in einem Fall bildete sich ein Blasenprolaps zwischen die beiden Schambeinknochenenden, der eine plastische Nachoperation notwendig machte. Außerdem entstanden zwölfmal tiefe Weichteilrisse, die manchmal mit der Knochenwunde kommunizierten; unter diesen befanden sich drei Erstgebärende.

Die Beschwerden nach der Hebosteotomie waren auffallend gering, nur selten wurde über Gehstörungen oder Schmerzen geklagt.

Vergleichen wir damit die Morbidität nach der extraperitonealen Sectio, so finden wir in 22% Komplikationen; secunda intentio, Abszesse, Infiltrate oder Hämatome im Wundbereich; zweimal entstand eine Blasenfistel infolge lang dauernder Kompression der Blase durch den Kindesschädel, die spontan heilte.

Abgesehen von diesen postoperativen Komplikationen haben wir aber auch nach bleibenden Folgezuständen dieser beiden Eingriffe geforscht. Dabei erhielten wir von 83% aller Hebosteotomierten Nachricht und konnten 70% nachuntersuchen. Die subjektiven Resultate waren mit Ausnahme einer Frau, welche ohne irgendwelche nachweisbare Veränderungen über Schmerzen beim Gehen und Arbeiten klagte, glänzend, die Verhältnisse an der Knochenwunde überraschend günstig und die Heilungen in der Mehrzahl der Fälle bindegewebig. Selbst bei federnden Knochenenden bestanden keine Beschwerden. Nur während und gleich nach einer neuerlichen Schwangerschaft zeigte sich eine Auflockerung des neugebildeten Bindegewebes mit konsekutiven Gehstörungen geringen Grades. Der Uterus war manchmal verlagert, fünfmal retroflektiert und dreimal gesenkt, ohne dadurch jedoch Beschwerden zu verursachen.

Bei den extraperitonealen Kaiserschnitten erhielten wir von 89% Nachricht und konnten 55% einer Untersuchung zuführen, welche vor allem der Frage nach der Lage des Uterus galt, da von den Gegnern des extraperitonealen Kaiserschnittes eine häufige Verziehung und Fixation des Collum uteri nach vorne behauptet wird. In einem Viertel der Fälle war das Collum tatsächlich eleviert und nach vorn fixiert, ebensooft bestand eine Retrodeviation des Uterus, Beschwerden resultierten daraus aber nie. In ca. 10% fanden wir Narbenhernien. Nur eine Frau mit ganz normalem Befund klagte noch Jahre nach der Operation über Beschwerden beim Gehen und Arbeiten.

Von Interesse ist auch der Verlauf der Schwangerschaften und Geburten, welche der Hebosteotomie und extraperitonealen Sectio folgten. Auch wir haben nach beiden Operationen Spontangeburten beobachtet. So fünfmal nach Hebosteotomie; davon gebar eine Frau zwei lebende Kinder (über 4000 g). Bei den vier anderen handelte es sich je einmal um eine Steiß- bzw. Schädellage mit normalgroßem lebendem Kinde, einmal um Nabelschnurvorfall mit totem Kinde und einmal um eine Frühgeburt mit lebender Frucht (2400 g).

Von einer regelmäßig bleibenden Erweiterung des Beckenringes nach seiner Durchsägung konnten wir uns aber nicht überzeugen. Nach einer Hebosteotomie

Digitized by Google

kam es zur Kraniotomie, nach zwei anderen zur klassischen Sectio, in einem Falle wurde die Beckenspaltung auf der anderen Seite wiederholt und einmal eine folgende Entbindung mittels Forceps beendet.

Nach extraperitonealem Kaiserschnitt gab es drei Spontangeburten, in einem Falle sogar zweimal, mit lebendem Kinde und nur etwas protrahiertem Verlauf. Drei Frauen wurden mit klassischer Sectio entbunden. Hier habe ich auch einen Fall zu erwähnen, bei dem im dritten Monat der Schwangerschaft an der Klinik Schauta wegen Beschwerden infolge von Verlagerung des Uterus eine Entfernung desselben vorgenommen wurde. Wir haben bei unseren, allerdings nur wenigen Fällen von Spontangeburten nach extraperitonealer Sectio keine Geburtsstörungen beobachtet, wie es ja auch von vielen anderen Seiten berichtet wird.

Über die Ausführung der beiden Operationen habe ich folgendes zu bemerken: Die Hebosteotomie wurde fast ausschließlich nach Doederlein gemacht, stärkere Blutungen gab es dabei in 25%, die jedoch immer leicht zu beherrschen waren. In 90% wurde der Beckendurchsägung die entbindende Operation gleich angeschlossen, sie wurde 32mal durch Forceps und 7mal mittels Wendung und Extraktion bewerkstelligt. Bei sofortiger Entbindung verloren wir 14%, bei zuwartendem Verhalten 30% der Kinder. Zangenversuche vor der Hebosteotomie brachten nur einmal Schaden, und auch dieser fötale Exitus wäre bei vorsichtigem Vorgehen vermeidbar gewesen. Das Kind (52 cm — 3600 g) kam mit Schädelknochenbrüchen und Gehirnblutungen zur Welt, sechs andere Fälle, wo vor der Hebosteotomie Extraktionsversuche gemacht worden waren, liefen ganz glatt ab. Einmal wurde die Säge preventiv eingelegt und nach erfolglosen Extraktionsversuchen die Hebosteotomie ausgeführt. Der dann noch einmal angelegte Forceps beförderte ein lebendes Kind heraus.

Die extraperitoneale Sectio wurde anfangs nach Sellheim II, später fast ausschließlich nach der von Latzko beschriebenen Methode gemacht, das Peritoneum dabei in 28% aller Fälle unabsichtlich eröffnet, ohne daß daraus je ein Schaden erwuchs.

Die Frage nach der Notwendigkeit einer Drainage des extraperitonealen Wundraumes hängt naturgemäß davon ab, ob der Fall als rein oder unrein zu qualifizieren ist. Wir empfehlen nach unseren Erfahrungen, bei reinen Fällen nicht zu drainieren, bei unreinen zu individualisieren, womöglich aber die Wunde zu schließen und den Begriff »rein« dabei nicht allzu strenge aufzufassen.

Was den Grad der Beckenverengerung betrifft, so soll hervorgehoben werden, daß für die Hebosteotomie als unterste Grenze 7,5 cm Conj. vera angenommen wurde. 19 Fälle mit noch engerem Becken wurden der extraperitonealen Sectio zugewiesen. Sonst verteilt sich das Material, was das Becken anlangt, ziemlich gleichmäßig auf beide Operationsarten, wobei mangelhafte Vorbereitung der Weichteile, Mißverhältnis wegen besonders großer Kinder und der dezidierte Wunsch der Mutter nach einem lebenden Kinde, vor allem aber die erste Geburt als Kontraindikationen gegen die Hebosteotomie galten. Nur dreimal wurde die Beckenspaltung bei Primiparis gemacht, jedoch sehr bald wieder aufgegeben.

Fragen wir uns nach dieser Zusammenstellung, ob wir mit den Resultaten der Hebosteotomie und der extraperitonealen Sectio zufrieden sein können, so glauben wir sagen zu dürfen, daß uns die beiden Operationsmethoden sehr gute Dienste geleistet haben in dem Bestreben, sonst der Kraniotomie verfallenen Kindern das Leben zu retten. Beide Operationen zusammen haben nur 8% kindliche Mortalität ergeben. 3% der Mütter fielen allerdings der Operation zum Opfer, doch stammen diese Todesfälle aus der Zeit der Lernjahre und kann

Digitized by Google

einer davon bei einer schon septisch eingebrachten Frau nicht der Operationsmethode zur Last gelegt werden.

Die Schlüsse, welche wir demnach aus unseren Erfahrungen ziehen, sind folgende: Wir führen statt der Kraniotomie bei lebendem Kinde entweder die Hebosteotomie oder den extraperitonealen Kaiserschnitt aus, falls die klassische Sectio, deren Anwendungsgebiet wir nicht allzusehr eingeschränkt wissen wollen, kontraindiziert ist. Bei Erstgebärenden und Beckenverengerungen unter 7,5 cm Conj. vera ziehen wir die extraperitoneale Sectio der Beckenspaltung vor. Die mangelhafte Vorbereitung der Weichteile, die Schwierigkeit, das Größenverhältnis zwischen Becken und Kindesschädel richtig abzuschätzen, der ausgesprochene Wunsch der Mutter nach einem lebenden Kinde beeinflussen die Entscheidung zugunsten der extraperitonealen Sectio, die technisch leichtere Ausführung mag wieder in anderen Fällen für die Hebosteotomie sprechen. Sonst aber können beide Operationsarten mit gleich günstigem Erfolge angewendet werden.

Wir halten es für gestattet, im Zweifelsfalle vor der Durchsägung des Schambeines einen vorsichtigen Extraktionsversuch, eventuell unter präventiver Einführung der Säge zu machen. Die Entbindung schließen wir der Beckenspaltung so rasch als möglich an.

Bei schwerer Infektion sind beide Operationsarten kontraindiziert und die Totalexstirpation des Uterus zur Rettung des Kindes, dagegen nur im äußersten Falle die Perforation des lebenden Kindes, angezeigt.

III.

Nachschrift zu meinem Artikel: „Über den Forceps intrauterinus“ in Nr. 37 des heurigen Jahrganges.

Von

Dr. Karl Neuwirth,

Spezialist für Frauenheilkunde in Wien.

Wie aus Nr. 41 des diesjährigen Zentralblattes ersichtlich, hatte ich zu obigem Thema in einem Vortrage in der gynäkologischen Sektion der Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte im September d. J. zu Wien einiges hinzugefügt, ferner auch den von mir verwendeten Forceps demonstriert. Da ich erst am Schlusse der Sitzung daran kam, blieb mir keine Gelegenheit, den oppositionellen Rednern zu entgegnen, dies um so weniger, als die ersteren derselben anstatt des sonst in wissenschaftlichen Versammlungen usuellen, gemessenen Tones in einen ekstatischen verfielen, so daß man förmlich in einer politischen Versammlung, wo die Parteileidenschaften aufeinander prallen, zu sein glaubte. Ich will mir im nachstehenden gestatten, auf die seitens der Herren Herzfeld und Fleischmann gegen meine Operation gemachten Einwände zu antworten und zwar unter alleiniger Heranziehung des wissenschaftlich-praktischen Momentes, entsprechend den Lehren der heutigen Geburtshilfe und unter Zugrundelegung der Meisterwerke des Faches von Schauta und Bumm.

Herzfeld findet zunächst darin, daß ich von einer Zange bei nicht verstrichenem Orificium spreche, eine uralte, nach seiner mündlichen Auseinandersetzung unverrückbare Regel der Kunst über den Haufen geworfen, einen Rückfall in Osiander's Zeiten. Meine sogenannte »Irrlehre« wird aber auch von der Autorität Bumm's in dessen vorzüglichem, durchaus modernem

Digitized by Google

Buche gelehrt. Im Grundrisse der operativen Geburtshilfe, 4. Auflage, 1907, p. 751, steht geschrieben, und Herr Herzfeld lese einmal dort: »Die Löffel der Zange lassen sich schon bei etwas über fünfmarkstückgroßem Muttermunde einschieben.« Nicht ich gehe somit zu längst veralteten Ansichten zurück, sondern diejenigen, die die besten Bücher der neuesten Zeit ignorieren. Allerdings soll die Zange ein unschädliches Instrument sein, wenn die Verhältnisse danach sind, also bei dem von Herrn Herzfeld offenbar gemeinten Ausgangs- oder, wie man auch sagt, Salonforceps. Wenn es sich aber um durch Bandl's Furche angezeigte, drohende Ruptur und schwere Gefahr der Gebärenden handelt, dann sind ernste und dringende Maßnahmen nötig, um die letztere hintanzuhalten. Daß von der intrauterinen Zange meinerseits nur in Fällen sichtbarer Dehnungserscheinungen die Rede war, daß jedesmal die Blase vorzeitig gesprungen war, nicht von mir gesprengt wurde, daß es sich um leistungsschwache Uteri älterer Mehrgebärender handelte, wird von Herrn Herzfeld übergangen; denn er stellt mich so hin, als ob ich bei fünfkronengroßem Muttermunde und künstlich gesprengter Blase die Zangenoperation ohne Indikation, sozusagen zur Befriedigung einer Laune, ausgeführt hätte. Hat Herr Herzfeld meine Originalarbeit nicht gelesen, dann hat er kein Recht, über selbe zu sprechen; hat er sie gelesen, dann möge er meine Depositionen auf p. 1357 nicht nach Belieben entstellen. Er läßt sich weiter vernehmen: »Er könne es nicht verstehen, wieso bei einem schwach arbeitenden Uterus, mangelndem räumlichem Mißverhältnisse und unerweitertem Muttermunde eine Dehnung des unteren Uterinsegmentes von mir beobachtet worden sein könnte.« Ich hingegen schreibe auf p. 1357: »Es handelte sich um durchaus leistungsschwache, durch frühere Geburten stark hergenommene Uteri Mehrgebärender, um kurz nach Beginn der Wehen erfolgten vorzeitigen Blasensprung, jedesmal um deutliche Bandl'sche Furche.« Den schwach arbeitenden Uterus und das mangelnde räumliche Mißverhältnis hat also Herr Herzfeld freiwillig dazu gespendet; denn es ist doch offenbar ein völliger Unterschied zwischen einem leistungsschwachen Uterus, der, durch stetigen Wehenimpuls zu Kontraktionen angeregt, nach mehr minder langer Zeit überdehnt wird und zu rupturieren droht und einem Uterus, der überhaupt schwach arbeitet und selbstredend viel weniger leicht der Gefahr einer Zerreißung entgegengeht. Die Beckenmaße wurden des weiteren nicht erhoben; es kann somit das räumliche Mißverhältnis nicht kurzerhand ausgeschlossen werden. Übrigens können Dehnungen des unteren Uterinsegmentes und drohende Rupturen bei Mehrgebärenden zu jeder Zeit der Geburt vorkommen. Wir haben doch gar kein Maß darüber, wie viele Narbenzüge die von früheren Geburten her mitgenommene Muskulatur in ihrem Innern birgt, ob Degenerationsprozesse vorhanden seien usw. Selbst ohne jedes räumliche Mißverhältnis kann bei Überdehnung Bandl's Furche, zumal bei Mehrgebärenden, die Ruptur jederzeit signalisieren. Man lese doch einmal Schauta's glänzendes Werk: »Lehrbuch der gesamten Gynäkologie«, Band I, Seite 484, wo es heißt: »Schon nach kurzer, nicht besonders kräftiger Wehentätigkeit können sich höhere Grade von Dehnung entwickeln . . . Die weitere Wehentätigkeit erreicht bald den Grad, der für den Zusammenhang der Teile fürchten läßt.« P. 485: »Die abnormen Dehnungsverhältnisse bei Mehrgebärenden stellen sich oft außerordentlich rasch ein. Selbst vor dem Blasensprunge kann es oft zu einer recht bedeutenden Dehnung kommen.« Selbst wenn ich, was in den drei Fällen nicht vorkam, von einer eventuellen künstlichen Blasensprengung vor Ausführung der Operation auf p. 1355 spreche, befinde ich mich damit in vollem Rechte; denn selbst bei stehender Blase könnte eine

Digitized by Google

recht bedeutende Dehnung die Geburtsbeendigung indizieren (s. das letzte Zitat). Nicht ich habe somit andere Ansichten über die Vorgänge der Geburt wie »wir alle«, sondern Herrn Herzfeld sind offenbar die autoritativen obigen Darlegungen Schauta's entgangen, sonst könnte er nicht Dinge von vornherein für unmöglich erklären, die Schauta ausführlich beschreibt, und die man an jedem größeren geburtshilflichen Materiale nicht so selten erlebt.

Daß die Einführung der Zange bei noch engem Muttermunde und hochstehendem Schädel eine schwere Schädigung für Mutter und Kind im Gegensatze zu Herzfeld's Äußerung eben nicht bedingen muß, beweisen meine drei Fälle, die ohne jede Verletzung verliefen. Allerdings wäre es weit einfacher, am lebenden Kinde zu kraniotomieren, aber die Gewissenspflicht erfordert es, auch das kindliche Leben nach Möglichkeit zu retten. Übrigens habe ich den Forceps intrauterinus durchaus nicht allgemein propagiert, sondern ausdrücklich hierfür eine besondere geburtshilfliche Vorbildung und eine spezielle Erfahrung in der Elastizitätsbemessung gefordert. Die Dehnung des Collum und zwar ausschließlich mit dem von mir beschriebenen Zangenmodell ist unter diesen Voraussetzungen keine Sache der Unmöglichkeit. Wie gefährlich aber die unter der Kontrolle des Auges gemachten Einschnitte durch Weiterreißen und schwer stillbare Blutungen, insbesondere im Privathause, werden können, diesbezüglich verweise ich auf Bumm's Lehrbuch, p. 752, auf die Äußerungen unseres vor 2 Jahren verewigten Chrobak (p. 1345 von mir zitiert) und auf den ebendort beschriebenen, an der Klinik selbst erfolgten Todesfall durch Hysterostomatomie. Herr Herzfeld erhebt schließlich energischen Protest gegen meine Publikation, »welche in kritikloser Weise die Grundsätze unserer Wissenschaft herabsetzt«. Selben weise ich, da ich bezüglich der von mir geschilderten Operation in allen drei Fällen vollen Erfolg erzielte (in zwei Fällen ärztliche Zeugen), übrigens seit mehr als 20 Jahren ununterbrochen, sowohl anstaltsmäßig als privat, mich mit dem Fache beschäftige, vollends zurück.

Herr Fleischmann bemängelt, daß ich die Beckenmaße nicht nahm und die Indikation nicht sorgfältig begründete. Ist dem Herrn eine Bandl'sche Furche noch zu wenig? Daß eine solche eine unbedingte Indikation zur sofortigen Geburtsbeendigung ergibt, ist ja allgemein bekannt. Wenn man an das Geburtsbett einer Mehrgebärenden im Privathause tritt und deutliche Dehnungserscheinungen erblickt, hat man, so sehr es wissenschaftlich interessant wäre, außer bei anamnestischen Kraniotomien oder bestehender Osteomalakie keine Veranlassung zu genaueren Beckenmessungen. Hier darf man, sobald man die alleinige Verantwortung trägt, keinerlei Zeit mehr verlieren, da das Leben der Frau auf dem Spiele steht. Sobald aber schon Köpfe das Becken passiert haben, kann keine absolute Kraniotomieindikation mehr bestehen; bei Kopflage ist dann der Forceps womöglich immer noch zu versuchen. So war es auch in meinen drei Fällen. Es gibt kein Maß für die Naturkräfte, wie Chrobak im Sinne Boërs immer betonte. Bei den ungünstigsten Konjugaten sehen wir ja durch Übereinanderschieben der Kopfknochen manchmal Spontangeburten.

Wenn Herr Fleischmann des weiteren sagt, mein Vorschlag sei nichts Neues, so kenne ich hinwiederum bisher keine Beschreibung der Zangenoperation im Sinne meiner Ausführungen. Der Herr Opponent übersieht offenbar weiter, daß meine Methode ja nur in Fällen dringender Gefahr und ganz besonders zur Verhütung der Kraniotomie am lebenden Kinde zur Ausführung kommen soll. In den von mir beschriebenen Fällen hat es sich übrigens nicht um beweglich über dem Becken stehende Köpfe gehandelt. Daß auch solche nach der Auf-

Digitized by Google

fassung einzelner geburtshilflicher Kliniker die Zange nicht kontraindizieren, ist ja bekannt. In diesem Sinne könnte man allerdings bei dringender Geburtsbeendigung anstatt der primären Kraniotomie den intrauterinen Forceps versuchen, sofern bei Gefahr weiterer Dehnung die Wendung von vornherein ausgeschlossen ist. Wenn schließlich Herr Fleischmann meine Operation persönlich a priori ablehnt, so ist er hierzu selbstredend gewiß berechtigt; er geht jedoch weiter und warnt, »um Chrobak's Andenken besser zu ehren«, in ekstatischem Tone die Anwesenden vor meinem Verfahren »sowohl im Privathause wie an der besteingerichteten Klinik«. Hier ist Herr Fleischmann zweifellos ein wenig über das Ziel geschossen. Und auch Chrobak war ein Recke deutschen Geistes und deutscher Sitte. Diese »bessere Ehrung« seitens Herrn Fleischmann's hat er wahrhaftig nicht verdient.

Die noch folgenden letzten drei Zeilen des Diskussionsberichtes entsprechen nicht den Tatsachen, daher ich hier offiziell berichtige. Die Herren Hofmeier und Sellheim haben keineswegs versucht, mich zu überzeugen, daß meine Methode den Grundprinzipien der Geburtshilfe widerspreche. Wahr ist vielmehr, daß Herr Hofmeier in kurzen Worten erklärte, daß jede neue Sache geprüft werden solle. Er selbst lege im Bedarfsfalle die Hysterostomatomie an, und zwar stets in der Richtung der geringsten Gefäßversorgung. In ähnlichem Sinne fügte Herr Sellheim einige Worte bei. Ein weiterer Redner sprach überhaupt nicht mehr.

Als Gesamtkalkül aus den Äußerungen der Herren Kontraredner würde sich somit ergeben: Von meinen Ausführungen auf p. 1353—58 wurde kein einziger Satz entkräftet; demnach habe ich keine Veranlassung, irgendeine meiner dortigen Depositionen zurückzunehmen. — Zu diskutieren wäre noch folgendes: soll man bei ausgeprägter Bandl'scher Furche, um das Kindesleben zu retten, noch den Forceps intrauterinus wagen statt direkt zu kraniotomieren? Bei den Erscheinungen der Dehnung des unteren Uterinsegmentes ist nach der Lehre der Kunst die Entbindung ohne Verzug, jedoch in schonender Form vorzunehmen. Durch die Einführung der Zange wird aber das untere Uterinsegment einer weiteren Dehnung ausgesetzt. Nun besteht eben zwischen dem wissenschaftlichen Begriffe der bevorstehenden Uterusruptur und der praktischen Auffassung derselben ein gewisser Unterschied. In letzterem Sinne ist ein in Nabelhöhe stehender Kontraktionsring sicher als pathologisch anzusehen; zu der wirklich bevorstehenden Ruptur gehört aber noch, daß der äußere Muttermund in irgendeiner Weise fixiert ist, entweder durch Einklemmung der Lippen zwischen Kopf und Beckenwand oder durch abnormen Widerstand seitens des äußeren Muttermundsringes oder durch die natürlichen Befestigungsmittel der Cervix, des parametranen Bindegewebes mit seinen Verstärkungen und der Scheide (s. Schauta, obiges Buch). An Chrobak's Klinik, welche bezüglich geburtshilflicher Operationen einen äußerst konservativen Standpunkt einnahm, galt ebenso wie bei den Praktikern Bandl's Furche in Nabelhöhe schon allein als unbedingte Indikation zur Geburtsbeendigung. Wie meine drei Fälle ergeben, ließ sich hier schadlos die Zange sogar intrauterin einführen und das kindliche Leben jedesmal retten, indem Fixationen des Muttermundes nicht vorhanden waren. Wenn solche bestehen, dann allerdings könnte die Zange ein gefährliches Wagnis werden, wozu ich erwähnen will, daß Olshausen und Veit selbst bei sehr erheblicher Dehnung erstere befürworten (s. Schröder's Lehrbuch der Geburtshilfe, 12. Auflage). Im übrigen ist die beste Therapie der bevorstehenden Uterusruptur deren zeitige Prophylaxe. Wenn man das Auftreten eines in der Nähe des Nabels oder gar

Digitized by Google

in Nabelhöhe selbst sich ausprägenden Kontraktionsringes als Alarmsignal auffaßt, so tut man daran gewiß am besten. Sind die Dehnungserscheinungen noch keine allzu stürmischen, es wird ja auch noch die Spannung der Ligamenta rotunda, Hochstand des Blasenscheitels, Temperaturerhöhung, vermehrte Pulsfrequenz, besondere Schmerzempfindlichkeit usw. angeführt, so könnte man, wie meine Fälle lehren, denn doch noch auf die selbstredend mit größter Vorsicht auszuführende, beschriebene Zangenoperation rekurrieren. Auch das Kindesleben soll im Gewissen des Geburtshelfers nicht eine an zweiter Stelle stehende Komponente sein und soweit berücksichtigt werden, als es nur irgend geht.

Nun zum Abschlusse. Der Forceps intrauterinus ist gewiß ein technisch schwieriger, jedoch durchaus kein unmöglicher Eingriff; Vorbedingung ist unbedingt die Anwendung eines langen und schmalen Zangenmodells mit leicht handlichem Schlosse, in welchem Sinne sich das von mir auf p. 1356 beschriebene vollauf bewährt hat; mit einem andersartigen ist die Operation unmöglich. Als gute Vorübung in der Elastizitätsbemessung hat sich mir die spezielle Beschäftigung mit dem Dammschutze erwiesen, welchen ich an Chrobak's Klinik Jahre hindurch eifrig betrieb. Im zweiten Hundert meiner Erstgebärenden war ich diesfalls so weit gekommen, daß ich nur in den seltensten Fällen Verletzungen durch Riß oder Schnitt hatte. Wer sich mit diesem, von vielen Geburtshelfern etwas stiefmütterlich angesehenen, große Opfer an Zeit und Mühe erfordernden Kapitel einige Jahre aufmerksam beschäftigt, wird an der Metreuryse mit meinem Forceps nichts besonderes finden und auch der Gefahr, den Forceps intrauterinus zum extrauterinus zu machen, wie besorgt wurde, entgehen. Derartige Operationsmethoden, der Rückfall zu Osiander, wären ja heute mit Rücksicht auf den auch dem Geburtshelfer seine Aufmerksamkeit widmenden Staatsanwalt und das Haftpflichtgesetz völlig ausgeschlossen.

Der Forceps intrauterinus hat endlich folgendes für sich: erstens ist das Verfahren ein unblutiges, daher quoad puerperaler Infektion sicher besseres als ein blutiges; zweitens kann es ein entsprechend Geübter ohne wesentliche Assistenz auch allein in einer Privatwohnung unternehmen.

Die Naht eines Cervix- oder parametranen Risses oder die Blutstillung in der Tiefe der Gewebe in einem Privathause mit ungeübter Assistenz, ungenügender Beleuchtung und anderen Schwierigkeiten ist jedoch auch für den Tüchtigsten nicht nur eine Sisyphusarbeit, sondern es kann selbst einem solchen unter diesen Umständen vorkommen, daß er einmal den Ureter in eine Ligatur hineinbekommt oder der Blutung überhaupt nicht Herr wird. Dann muß tamponiert, und, wenn es trotzdem hervorsickert, die Frau in die Klinik gebracht werden. Diese kann weit entfernt, geeignete Transportmittel vielleicht nicht genügend rasch zur Stelle sein. Die Transferierung selbst wirkt auch ungünstig. Ist man endlich, vielleicht erst nach geraumer Zeit, in der Klinik angekommen, so kann der Zustand recht bedrohlich geworden sein und auch die nach Tunlichkeit schleunigst ausgeführte Laparotomie zu spät kommen.

Noch gestatte ich mir, Herrn Hofmeier und Sellheim, welche in sachlich kurzer und streng wissenschaftlicher Weise zu meinem Thema Stellung nahmen, ehrerbietigst zu danken. Daß solche seriöse Quellen die größte Wertschätzung verdienen, erübrigt sich, näher auszuführen. Die Anhängerschaft oder Gegnerschaft bezüglich der Hysterostomatomie ist selbstredend Sache persönlicher Überzeugung. Entgegen jener Auffassung, welche in der Geburtshilfe eine Summe von bis zum Tage des jüngsten Gerichtes unverrückbaren Dogmen sieht, bitte ich nochmals Herrn Bumm ums Wort. Der große Kliniker schreibt am Ende

Digitized by Google

der ersten Vorlesung des oben zitierten Buches, p. 16 (oder fügt der schon eingangs erwähnten Irrlehre nach Herzfeld noch folgendes bei): »Ebensowenig wie irgendein anderes Fach der Medizin ist die Geburtshilfe daran, erschöpft und ausgebaut zu sein. Nach Zeiten des Stillstandes, der Sammlung und Sichtung des Erworbenen werden neue Methoden, neue Erweiterungen des Wissens und Könnens bringen.«

Neue Bücher.

1) **J. Werboff (Petersburg). Die Gebärmutter des Weibes, ihre normale Arbeit und ihre Zerreißungen während der Geburt.** Mit 66 Abbild. im Text u. auf 10 Tafeln. 149 S. Berlin, S. Karger, 1913.

Die Arbeit beginnt und schließt mit einer Betrachtung über »spontane Uterusruptur bei übermäßig langer Geburtsdauer und über das Fehlen einer komplizierten Mechanik dieser Gebärmutterrisse«. An der Hand geeigneter Fälle gelangt der Verf. zu dem Resultat, daß die Bandl'sche Lehre über die Entstehung der Uterusruptur auf irrigen Voraussetzungen beruht. Man gewinnt aber beim Lesen nicht den Eindruck, als ob die nicht uninteressanten Beobachtungen und die sich anschließenden Ausführungen dieses Ergebnis mit unwiderleglicher Gewißheit erwarten ließen.

Das zweite Kapitel behandelt »das Gesetz der peristaltischen Bewegungen in der Physiologie des Geburtsaktes«. Das dritte Kapitel beschäftigt sich mit der Frage: »Wie kann man die Geburt erleichtern und beschleunigen und ihren nachteiligen Folgen für die Gesundheit der Frau vorbeugen«. Beide Kapitel leiden unter einer nicht immer genügend übersichtlich gehaltenen und nicht vollkommen überzeugenden Beweisführung der aufgenommenen Probleme, wenn es auch im einzelnen an sehr bemerkenswerten Anregungen nicht fehlt.

Die Ausstattung des Buches ist eine recht gute. Neben instruktiven Textabbildungen wird das Illustrationsmaterial von 10 Tafeln dargestellt, die Reproduktionen photographischer Aufnahmen von Kreißenden in den verschiedenen Geburtsperioden enthalten. Bauereisen (Kiel).

2) **Fehling-Walcher. Lehrbuch der Geburtshilfe für Hebammen.** Auf Grund der 14. Aufl. von Fr. K. Nägele's Lehrbuch völlig neu bearb. von Dr. H. Fehling (Straßburg). 3., 4. u. 5. Aufl. umgearb. von Dr. G. Walcher. 5. verb. Aufl. mit 38 Abb. 191 S. Preis 4 Mk. Tübingen, Laupp, 1913.

Das von Fehling neu bearbeitete Nägele'sche Lehrbuch für Hebammen liegt nun in der 5. Auflage vor, die ebenso wie die 3. und 4. von Walcher besorgt worden ist. Ein besonderer Vorzug des Lehrbuchs ist die Einfachheit der Sprache und die dem Verständnis des durchschnittlichen Schülerinnenmaterials angepaßte knapp und übersichtlich gehaltene Darstellung des Lehrstoffes. Auch die vorhandenen Abbildungen sind zweckentsprechend, doch wäre manchen Kapiteln noch eine bessere Illustrierung zu wünschen.

In einzelnen wichtigen Punkten aber bedarf nach meiner Ansicht das Lehrbuch einer Änderung für eine spätere Neuauflage. Die Desinfektionsvorschriften sind nicht scharf genug bearbeitet. Erfahrungsgemäß ändern die Hebammen in der Praxis bald eigenmächtig die Desinfektionsmethode zum Schaden der Gebärenden, wenn ihnen nicht die genauesten Vorschriften schwarz auf weiß gegeben worden sind. Auch das Kapitel über Wundschutz und Wundheilung als Grundlage der Desinfektionslehre und des gesamten geburtshilflichen Handelns der Hebammen bedarf einer ausführlicheren Darstellung.

Digitized by Google

Bei der Leitung der Nachgeburtszeit ist nach dem Lehrbuch den Hebammen erlaubt, nach der Geburt des Kindes den Uterus zu reiben, auch wenn keine Blutung besteht und bereits nach $^1/_2$ Stunde den Fruchtkuchen auszudrücken. Für Hebammen, die im Durchschnitt die geburtshilflichen Lehrsätze nur auswendig lernen und nicht als geistiges Eigentum aufnehmen und behalten können, erscheinen solche Vorschriften bedenklich. Bedenklich ist ferner die Empfehlung, den Schleim aus dem Munde des Kindes nach der Geburt zu entfernen und weiter »jedesmal nach dem Stillen dem Kinde den Mund mit einem in Wasser getauchten Leinwandläppchen sanft abzuwaschen«. Die unerfahrene Mutter oder die Hebamme wird nur zu bald die alte Unsitte des Auswaschens des Mundes wieder einführen. Wie für die Mutter sollte auch für das neugeborene Kind den Hebammen jede unnötige Berührung strikte verboten werden.

Es überrascht, daß auch in der neuen Auflage den Hebammen das Setzen von Blutegeln und Schröpfköpfen und das Auflegen von Senfteigen noch erlaubt ist.

Bauereisen (Kiel).

3) S. Gottschalk (Berlin). Gesundheitspflege für Frauen und Mütter. Stuttgart, E. H. Moritz, 1913.

Auf annähernd 200 Seiten bietet das mit zahlreichen, leichtverständlichen Abbildungen versehene Büchlein Frauen und Müttern Belehrung, wie sie sich bei der gewissenhaften Erfüllung der natürlichen Berufspflichten gesund und widerstandsfähig erhalten können. Aus reicher Erfahrung kommen die Ratschläge, die in der Hauptsache für Schwangerschaft, Entbindung und Wochenbett gegeben werden. Daneben sind auch einige Kapitel der Hygiene der Frau im allgemeinen, in der Entwicklungsperiode, der Ehe, in den Wechseljahren sowie den wichtigsten Frauenleiden gewidmet, die deren Verhütung und rechtzeitige Bekämpfung bezwecken.

Ratsuchenden Frauen, Müttern und solchen, die es werden wollen, können wir Praktiker das Buch mit gutem Gewissen empfehlen. Michaelis (Metz).

Berichte aus gynäkologischen Gesellschaften.

4) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung vom 11. April 1913[1].

Vorsitzender: Herr Mackenrodt; Schriftführer: Herr Sigwart.

Herr Gerstenberg zeigt Figuren und Präparate, die zwecks Nachprüfung von Rotter's »Verfahren zur Heilung enger Becken« angefertigt wurden (cf. Zentralblatt Nr. 12).

Vortrag des Herrn Falk: Zur Behandlung der Extrauteringravidität.

Während über die Behandlung der frisch geplatzten Extrauteringravidität Einigkeit unter den Gynäkologen herrscht, ist die Frage, wie der abgelaufene tubare Abort der ersten 2 Monate zu behandeln sei, nicht geklärt; in neuerer Zeit wird auch bei diesem mehr und mehr ein operatives Verfahren verlangt. Demgegenüber betont Vortr. unter gewissen Kautelen, vor allem bei der Möglichkeit genauer, am besten klinischer Beobachtung, die Berechtigung eines konservativen Verfahrens bei retrouterinen Hämatokelen, bei denen die abgelaufene Extrauteringravidität voraussichtlich die 8. Woche nicht überschritten hat. Ein operatives Vorgehen ist jedoch unter allen Umständen notwendig, wenn die Schwangerschaft den 3. Monat erreicht hatte, oder wenn bei Unterbrechung derselben in den ersten 2 Monaten durch tubaren Abort sich neben der Hämatokele

[1] Das Protokoll der Sitzung vom 14. März erscheint in Nr. 46, da verspätet eingegangen.

Digitized by Google

eine isolierte Eileitergeschwulst nachweisen läßt. Ferner indizieren in diesen Fällen andauernde uterine Blutungen, wiederholte Ohnmachtsanfälle, heftige Beschwerden, insbesondere über Tage sich ausdehnende wehenartige Schmerzen die Operation. Diese Schmerzen sind ein Zeichen, daß der tubare Abort noch nicht abgelaufen ist, sondern daß noch Eibestandteile in der Tube vorhanden sind, welche die Koliken auslösen. — Der Abgang einer Decidua Hunteri spricht keineswegs für die sichere Unterbrechung der Gravidität. Der Nachweis, daß die Hämatokele sich vergrößert, bedingt den operativen Eingriff. Jede solitäre Hämatokele soll operiert werden, desgleichen jeder isolierte Tubentumor, der eine Blutmole nach abgelaufener Extrauteringravidität der ersten 7 Wochen enthält, falls er über Walnußgröße erreicht. — F. berichtet über 84 operativ behandelte Fälle von Extrauteringravidität (3 vaginale Inzisionen, 10 vaginale Köliotomien mit Entfernung der graviden Tube, 71 Laparotomien) mit 3 Todesfällen. Bei den letzten 79 radikaloperierten hatte F. eine Mortalität von 2,5%, unter diesen Fällen mußte 6mal die Operation ausgeführt werden, weil eine abgekapselte Hämatokele sich während der Beobachtung vergrößerte, bei 2 fand sich noch 4 bis 6 Wochen nach Unterbrechung der Gravidität nicht geronnenes Blut in der freien Bauchhöhle. Demgegenüber stehen aber zahlreiche, konservativ behandelte Hämatokelen, deren Zahl größer ist als die sämtlicher operativ behandelter Fälle von Extrauteringravidität, — und die alle genasen, von denen einige später normale Entbindungen durchmachten, so daß die Forderung, daß jede Hämatokele zu operieren ist, ob sie Beschwerden macht oder nicht, zu radikal erscheint. Bei der Haematocele retrouterina ist im allgemeinen auch die Gefahr eine relativ geringe, da bei Nachblutungen aus dem abdominalen Tubenende in den Hämatokelensack, der bereits mehr oder weniger fest koagulierte Blutmassen enthält, das austretende Blut günstige Bedingungen für ein schnelles Gerinnen findet.

Von den 81 radikaloperierten Fällen mußte die Laparotomie 35mal als Notoperation ohne jede Vorbereitung ausgeführt werden, und zwar bei 26 Rupturen, 9 tubaren Aborten, 2 Frauen starben. Unter den 46 Fällen, die zur Operation vorbereitet werden konnten, fanden sich 39 tubare Aborte, 7 Rupturen. Ein Abwarten bei geplatzter Extrauteringravidität, um die Gefahren des Shocks vorübergehen zu lassen, ist zu verwerfen, je schlechter das Allgemeinbefinden, um so schneller soll die Operation ausgeführt werden. — Zwei Frauen starben, ehe die Operation ausgeführt werden konnte, eine davon, ehe der requirierte Krankenwagen erschien, eine beim Eintreffen in die Klinik. — Die Frage, ob bei der Operation alles Blut entfernt werden soll, beantwortet F. im bejahenden Sinnne. Die Tatsache, daß $^1/_3$ aller Fälle vor der Operation Temperatursteigerungen, davon zwei zwischen 39—40°, hatten, beweist, daß die Einwirkung des Blutes auf das Peritoneum nicht bedeutungslos ist. Besonders wichtig erscheint hierfür ein Fall, bei dem nach der Untersuchung am Tage vor der Operation ein kleinkindskopfgroßer, flüssiges Blut enthaltender Tumor bei tubarem Abort platzte und das Blut, das nach der Anamnese mehrere Wochen abgeschlossen war, ohne Temperatursteigerung zu erzeugen, plötzlich die Bauchhöhle überschwemmte. Bereits am Tage der Operation trat Ikterus auf, und ohne daß Temperatursteigerung oder Pulsbeschleunigung vorhanden war, ging die Kranke an akuter Leberatrophie zugrunde. — Bei der Laparotomie soll möglichst die Beckenhochlagerung vermieden werden. Der vaginalen Operation sind bei Extrauteringravidität enge Grenzen zu ziehen. Obwohl F. unter 160 vaginalen Operationen nur 1 Todesfall (Perforation eines Duodenalgeschwürs) hatte, macht er bei geplatzter Extrauteringravidität, sowie bei Hämatokelen prinzipiell die Laparotomie. Vaginal operiert

Digitized by Google

er nur bei zirkumskripten, durch Retention von Eiteilen erzeugten Tubentumoren, falls voraussichtlich keine stärkeren Verwachsungen des abdominalen Tubenostiums bestehen; er mußte jedoch unter 12 Fällen 2mal zur abdominalen Operation übergehen. Eine Inzision vom hinteren Scheidengewölbe empfiehlt er bei größeren Hämatokelen als Voroperation der sofort anzuschließenden Laparotomie, um eine Verunreinigung der Bauchhöhle möglichst zu vermeiden.

Diskussion: Herr R. Mühsam bespricht das gesamte Material des Krankenhauses Moabit, welches bis zum Jahre 1908 in zwei Arbeiten niedergelegt wurde. Zuntz berichtete 1903 über 100 Fälle von Extrauteringravidität. Davon wurden 90 operiert mit 15 Todesfällen = 15% Gesamtmortalität und 16,6% Operationsmortalität. Die Nichtoperierten kamen zur Entlassung. Fiedler stellte 1908 82 Fälle zusammen; 77 wurden operiert mit 8 Todesfällen, davon 3 im Kollaps = 10,4% Operationsmortalität mit und 6,9% ohne die Kollabierten. Von 5 nicht Operierten sind 4 im Kollaps gestorben, die Gesamtmortalität der 82 Fälle beträgt demnach 12 = 14,6%.

Seit dem 1. IV. 1908 bis zum 1. IV. 1913 sind 145 Frauen mit Tubargravidität aufgenommen und sämtlich operiert worden. 4 starben, davon 2 im Kollaps; das entspricht einer Gesamtmortalität von 2,7% und nach Abzug der Kollabierten von 1,35%.

Seit dem 1. Mai 1909 wurden 108 Fälle aufgenommen, operiert und geheilt. Kein einziger wurde zurückgestellt, auch wurde nicht etwa bei einer Sektion eine unter falscher Diagnose behandelte und an Tubargravidität gestorbene Frau gefunden. Es sind also alle 108 in den letzten 4 Jahren zur Behandlung gekommenen Frauen operiert und geheilt worden.

M. tritt für die Operation in jedem Falle ein, sobald die Diagnose gestellt ist. Da die Differentialdiagnose zwischen Tubenabort und Tubenruptur nicht sicher zu stellen ist, und anscheinend gutartige Fälle später schwer bluten können, so soll unbedingt nach Stellung der Diagnose operiert werden.

Als wichtigstes diagnostisches Hilfsmittel betrachtet M. die Probepunktion vom Douglas. Ist keine Vorwölbung vorhanden, und gestattet der Zustand der Frau einen kurzen Aufschub der Operation, so bringe man sie in Fowler'sche Lage und punktiere dann.

Von den 145 Frauen wurden 111 im Kollaps, zum Teil bei schwerster Anämie operiert, manche wurden ohne Narkose operiert, bei anderen kehrte der Puls erst nach vielen Stunden wieder, sie genasen aber doch. Darum operiert M. in jedem Falle, der überhaupt noch Leben zeigt.

M. macht außer bei vereiterter Haematocele retrouterina stets die Laparotomie, die sich möglichst einfach gestalten soll. Um das Blut in der Bauchhöhle kümmert er sich nicht, vermeidet also Spülungen und Austupfen. Bei nicht einwandfreiem Blut inzidiert er erst den Douglas, läßt das Blut ab und operiert in derselben Narkose radikal per laparotomiam.

Herr Hammerschlag ist durch seine Erfahrungen zu dem aktiven Standpunkt, wie ihn auch Herr Mühsam hat, gedrängt worden. Er hält die Diagnose des wirklichen Ablaufes einer Extrauteringravidität für sehr schwer in frischen Fällen. H. hat eine Extrauteringravidität durch abwartendes Verhalten verloren; trotz des Bestehens einer abgegrenzten Hämatokele kam es plötzlich zur freien Blutung, die Pat. starb trotz sofortiger Laparotomie. Ferner hat H. einen Fall gesehen, bei dem neben einer abgegrenzten Hämatokele sich bei der Operation eine lebende Frucht fand. Beide Fälle hätte man nach allgemeiner Anschauung als abgelaufen ansehen müssen.

Digitized by Google

H. operiert stets abdominal, vaginal nur bei infizierter Hämatokele. Auf peinliche Fortschaffung des Blutes legt H. keinen Wert, bei freier Blutung und Kollaps sind Schnelligkeit und Geringfügigkeit des Eingriffes von wichtigster Bedeutung.

Herr Sigwart stimmt Fehling bei, daß in manchen Fällen die Operation eine soziale Notwendigkeit sei. In $2^1/_2$ Jahren wurden 73 Fälle operativ behandelt, darunter 20 freie Blutungen in die Bauchhöhle: 19 Frauen, durch Laparotomie operiert, sind genesen, 1 Pat. starb am folgenden Tage; die Tubargravidität war durch eine alte adhäsive Peritonitis kompliziert. Von 53 Frauen mit abgekapselter Blutung wurden 44 durch Laparotomie behandelt, 9 vaginal operiert, 1 durch Laparotomie operierte Pat. starb am 10. Tage an einer Lungenembolie. 2,7% Mortalität. Die vaginale Operation (Inzision und Drainage) wurde nur bei infizierten oder infektionsverdächtigen Hämatokelen ausgeführt. Bei der Laparotomie wird peinlich genau alles Blut entfernt; die Beckenhochlagerung wird vermieden; im Gegenteil, es werden die Beine tief gelagert, damit das Blut sich im Douglas ansammeln und so entfernt werden kann. Die Prinzipien der Operation sind 1) Exstirpation der ganzen Hämatokele und der schwangeren Tube durch Laparotomie; 2) peinliche Blutstillung; 3) exakte Peritonealisierung der zurückbleibenden Wundflächen. Drainiert wird niemals. Von der Probepunktion wird ausgiebig Gebrauch gemacht, jedoch nicht in der Sprechstunde.

Herr Mackenrodt: Vom Standpunkt der reinen Vernunft hat Herr Falk mit seinem Abwarten recht. Die praktische Vernunft aber drängt im Prinzip zur Operation. Denn wenn auch die Kranken oft über den ersten gefährlichen Zustand durch Abwarten glücklich hinübergekommen sind, müssen wegen der Verzögerung der Resorption, Verjauchung oder der sonstigen ungünstigen Folgezustände später doch noch viele operiert werden. Und nun erst die Unsicherheit der Diagnose, die doch nicht ganz selten Schwierigkeiten macht! Im allgemeinen ist die Laparotomie der richtige Weg. Aber Douglastumoren sind doch manchmal in verblüffend kurzer Zeit absolut sicher und einfach auch durch die hintere Kolpotomie zu operieren. Diese darf nicht im Prinzip verworfen werden. Besteht ein schwerer Kollaps, dann ist oft die Operation sofort auf dem Krankenbette nötig. Ich habe mehrere solcher Fälle ohne jede Vorbereitung außer Alkoholabreibung des Bauches im Kollaps mit vollständigem Erfolge operiert auf ihrem Bett, in dem ich sie vorfand. Die Verzögerung der Operation durch den Transport zur Klinik wäre da unbedingt lebensgefährlich gewesen.

Herr W. Nagel: Der Standpunkt, den einige der Diskussionsredner vertreten haben, daß man jeden Fall von Extrauterinschwangerschaft, sogar von wohlabgegrenzter Hämatokele operieren soll, steht in absolutem Widerspruch mit unseren gynäkologischen Erfahrungen. Sehr viele Tubenschwangerschaften in den ersten Tagen und Wochen verlaufen unbemerkt und fallen der Resorption anheim. Man muß übrigens die Dauer der Schwangerschaft berücksichtigen. Bei großer, anscheinend abgegrenzter Hämatokele im 3. und 4. Schwangerschaftsmonat, bei ungenügender Entleerung der Tube (»inkompletter Tubenabort«), die durch wiederholte Schmerzanfälle und Kollaps sich kundgibt, schreite man zur Operation. Aber wohl abgegrenzte, symptomlose Hämatokelen in den ersten Tagen und Wochen der Schwangerschaft zu operieren, halte ich nicht für gerechtfertigt; die werden von selbst resorbiert.

Bei Tubenruptur schreite man selbstredend ohne Zeitverlust zur Operation um die drohende innere Verblutung zu verhüten. Das in der Bauchhöhle befindliche Blut soll man gründlich, aber schonend entfernen.

Digitized by Google

Herr Falk (Schlußwort): Herrn Mühsam gegenüber ist zu betonen, daß das Krankenmaterial, das in ein Krankenhaus kommt, verschieden ist von dem, das der Gynäkologe zum Teil in seiner Sprechstunde sieht. Ein abwartendes Verfahren ist vor allem zu empfehlen, wie auch Herr Nagel mit Recht betont, bei Hämatokelen der ersten 2 Monate, bei denen keine Anzeichen von Gefahr bestehen. Die gegenteiligen Ausführungen der Herren Mackenrodt und Hammerschlag können mich nicht überzeugen. Als ich 20 Extrauteringraviditäten ausgeführt hatte, habe ich aus meinen Büchern festgestellt, daß ich 60 als tubare Aborte diagnostizierte Fälle, konservativ behandelt hatte. Allen diesen Frauen ist es — auch in der Folge — gut ergangen. Als Grenze für ein exspektatives Verfahren habe ich das Ende des 2. Monates aufgestellt. Auch bei diesem dauert die Rekonvaleszenz nicht länger, als nach der Operation. Denn die Arbeiterin, die operiert ist, beginnt vor 5—6 Wochen, das weiß ich als alter Kassenarzt, auch nicht mit der Arbeit. — Zur Diagnosenstellung verwende ich gleichfalls die Probepunktion und operiere alsdann sofort, wenn frisches Blut in der Bauchhöhle ist. Die Punktion versagt aber häufig bei älteren Hämatokelen, sie ist nicht anwendbar bei isolierten, der Scheide nicht anliegenden Tubentumoren. Bei Hämatokelen entferne ich wie Herr Sigwart jeden Rest der Sackwandung und schließe das Peritoneum exakt über der Beckenzellgewebswunde.

Zeitschriften.

5) Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XXXVIII. Hft. 3. September 1913.

1) F. Unterberger. Gleichzeitige Schwangerschaft beider Tuben.

Hinweis auf die Seltenheit bilateraler gleichzeitiger Tubargravidität (15 einwandfreie Fälle bisher bekannt), als deren Kriterium gut färbbare Chorionzotten in beiden Tuben gefordert wird. Es handelte sich um einen linkseitigen Tubarabort und rechtseitige Tubenruptur. Menses waren 6 Wochen lang ausgeblieben, dann hatte sich eine Schmerzattacke innerhalb von 8 Tagen zweimal eingestellt. Salpingoophorectomia sinistra, Salpingoophorectomia dextra. Der ersten Schmerzattacke entsprach vermutlich der linkseitige Tubarabort, der zweiten die Ruptur der rechten Tube. Heilung.

2) H. Cramer. Neue Gesichtspunkte zur Ätiologie des Hydramnion. Hydramnion infolge mangelnder Resorption des Fruchtwassers.

28jährige IVpara, bei der 3 Wochen ante terminum wegen Hydramnion der Blasenstich ausgeführt wird. 9 Liter Fruchtwasser. Kind spontan geboren, Mikrognathus, der nach einigen konvulsiven Atembewegungen stirbt. Placenta spontan. Bei Fehlen jeglicher Anomalie der Placenta und der Nabelschnur wird das Hydramnion auf die Mikrognathie, die ja auch die Atmung behinderte und das Verschlucken des Fruchtwassers störte, zurückgeführt. Im Darminhalt fehlten jede geformten Fruchtwasserelemente.

Auf Grund der neuesten Anschauungen über die Entstehung der Amnionflüssigkeit schließt C., daß das vom Amnion abgesonderte Wasser vom Pötus verschluckt wird, seine Darmwand passiert und durch den Placentarkreislauf in den Körper der Mutter übergeht. Wird das Wasser nicht verschluckt, so entsteht infolge fehlender Resorption Hydramnion. Wenn auch die bisher bei Mißbildungen erhobenen Befunde C.'s Hypothese einstweilen noch nicht unbedingt beweisen, so sind sie doch in Einklang mit ihr zu bringen. In Zukunft wäre der Untersuchung des fötalen Darminhalts bei Hydramnion besondere Aufmerksam-

Digitized by Google

keit zu widmen. Ohne die Bedeutung einer vermehrten Amnionsekretion für die Entstehung von Hydramnion unterschätzen zu wollen, weist C. auf die möglichen Folgen mangelhafter Resorption bei Entstehung dieser Anomalie hin.

3) J. Schlapoberski. Zur Untersuchung per rectum während der Geburt. Empfehlung der rektalen Untersuchung, nach deren Anwendung Verf. eine auffallende Reduktion der Puerperalinfektionen konstatierte.

4) H. J. Kreutzmann. Erfahrungen aus der geburtshilflichen Privatpraxis in 25jähriger Tätigkeit.

Lesenswerte Schilderung der den Geburtshelfer interessierenden Verhältnisse in San Francisco und der vom Verf. in etwa 1500 Fällen befolgten Grundsätze. Aus den Ausführungen seien hier nur einige interessante Punkte hervorgehoben: Der Retroflexio uteri wird als ätiologisches Moment von Sterilität keine Bedeutung zuerkannt, Chloroform à la reine wurde in ausgedehntem Maße gegeben ohne irgendwelche Schädigungen oder Todesfälle, Kraniotomie brauchte nie ausgeführt zu werden. Seine guten Erfolge führt K. auf die in San Francisco übliche ärztliche Kontrolle vom Beginn der Schwangerschaft an, auf Einhalten der Indikationen und strengste A- und Antiseptik (Gummihandschuhe) zurück. K.'s Erfahrungen beweisen, daß ein technisch geschulter und gewissenhafter Accoucheur auch ohne größere chirurgische Eingriffe (2 Kaiserschnitte auf 1500 Entbindungen) ausgezeichnete Erfolge erzielen kann.

5) A. Nikolskij. Über die Unterbindung der A. hypogastricae.

Die Indikation obiger Operation, die früher nur bei Aneurysmen und Verletzungen im Gebiete der Artt. gluteae ausgeführt wurde, ist neuerdings zur präventiven Blutstillung auf Rektum, Uteruskarzinome und andere blutige Beckenoperationen ausgedehnt worden. Die Unterbindung der A. h. wurde in Tomsk besonders von Grammatikati und Tichow empfohlen und mit Erfolg bei schwer oder sonst inoperablen Uteruskarzinomen unter gleichzeitiger Blasenexstirpation und Verpflanzung der Ureteren in das Rektum ausgeführt. Die bei doppelter Hypogastricaunterbindung befürchteten Nekrosen stellten sich nicht ein. Die Operation wurde vorgenommen bei vernachlässigtem Uteruskarzinom in 45 Fällen, davon 10mal einseitig, 35mal doppelseitig, 28mal wurden die Ureteren in das Rektum transplantiert, 2mal das Rektum reseziert.

Zum Studium des nach Hypogastricaunterbindung wirksamen Kollateralkreislaufs wurde die Gefäßversorgung des kleinen Beckens anatomisch und anatomisch-röntgenologisch untersucht. Anastomosen aus der Art. haemorrh. superior, media und inferior übernehmen nach Hypogastricaunterbindung die Blutversorgung. Nach Hypogastricaunterbindung können noch Blutungen aus der mit der A. ileo-lumbalis in Verbindung stehenden Uterina deren Versorgung erfordern.

6) K. H. Öhmann. Über Ovarialblutungen und Ovarialhämatom.

Nach einem Überblick über die bisher veröffentlichten Fälle von Ovarialhämatomen und Blutungen und Besprechung der ätiologischen Momente werden sechs einschlägige, in der Univ.-Frauenklinik Helsingfors beobachtete und durch Laparotomie klargestellte Fälle eingehend geschildert. Die Diagnose war 2mal auf Extrauteringravidität, 1mal auf Uterus myomatosus, 1mal auf Ovarialtumor, 1mal auf Appendicitis gestellt. Nach seinen histologischen Befunden teilt Ö. die Ovarialhämatome ein: 1) in solche, die sich auf die Follikel und ihre Umgebung beschränken, 2) die Blutung liegt im Innern des Ovars und beschränkt sich auf das Ovarialgewebe, 3) Blutungen im Corpus luteum; Gruppe 1) kann als Vorstufe der zweiten aufgefaßt werden.

Die Ätiologie ist unklar, als Therapie empfiehlt sich stets bei den häufig zu

Digitized by Google

erwartenden Rezidiven die Operation. Da die Symptome leicht eine Appendicitis vortäuschen können, soll man die praktische Konsequenz ziehen, stets nach Appendektomien die Adnexe zu kontrollieren.

7) Wanner und Teutschländer. Das Mesothorium und seine Wirkung auf bösartige Neubildungen.

Tubenkarzinom mit cystischer Metastase im Septum recto-vaginale. Operation kombiniert vaginal-abdominell. Nach der Operation wird von der Vagina aus die Cystenhöhle mit Mesothor (15 840 Milligrammstunden) bestrahlt. Während der Bestrahlung werden vier Probeexzisionen und Abrasionen aus der Kontaktmetastase entnommen, deren histologische Untersuchung (Teutschländer) progrediente Degenerationserscheinungen, Zellvergrößerung, Vakuolenbildung, Zunahme des Kernvolumens usw. ergab. Die Wirkung der Mesothorstrahlen dokumentiert sich in einer Lähmung des Zellteilungsvermögens und einer lebhaften Aktivierung der Leukocyten. Klinisch wurde eine zunehmende Schrumpfung der Zerfallshöhle und derbe Narbenbildung beobachtet. W. rät, vor der Bestrahlung so weit wie möglich mit dem Messer vorzugehen und zur Bestrahlung von innen anfangs alle Strahlenqualitäten, später — nachdem histologisch kein malignes Gewebe mehr nachweisbar ist — nur γ-Strahlen einwirken zu lassen.

Ein Cervixkarzinom wurde später ohne Operation mit Erfolg, ein bereits metastasiertes Ovarialkarzinom postoperativ ohne Erfolg bestrahlt.

8) H. Schlimpert. Ein durch Operation geheilter Fall von solitärem Leberkarzinom.

Vor 4 Jahren operierter Fall; gänseeigroßer cystischer Tumor, der im Gesunden entfernt wurde und als Plattenepithelkarzinom histologisch diagnostiziert wurde. In der Rekonvaleszenz wurde röntgenologisch (!) »ausgedehnter Bronchialkrebs der rechten Lunge« festgestellt. Eine 3 Jahre später vorgenommene Durchleuchtung ergibt: »Beiderseits helle Lungenfelder, einige kleine Drüsenschatten am linken Hilus.«

Epikritische Besprechung der möglichen Beziehungen des Lebertumors zu dem diagnostizierten und anscheinend ausgeheilten Bronchialkarzinom.

9) C. Credé-Hörder. Histologische Untersuchung der Ätzwirkung der Prophylaktika.

Die an menschlichen und Kaninchenaugen angestellten histologischen Untersuchungen ergaben die Unschädlichkeit der gebräuchlichen Blenorrhöeprophylaktika: Argent. nitr. 1% und 2%, Argent. aceticum 1,3%, Sophol 1%. Ätzwirkungen wurden vorübergehend nur an der Conjunctiva palpebrarum beobachtet, während die Hornhaut stets unversehrt blieb. Im Einklang mit den histolgischen Untersuchungsergebnissen stehen die klinischen Erfahrungen.

Schottelius (Hamburg).

Uteruskarzinom.

6) **A. H. Kelly und J. C. Neel (Baltimore). Karzinom der Cervix des Uterus.** (Bull. John Hopkins Hospital 1913.)

Seit Januar 1900 werden Cervixkarzinome im John Hopkins Hospital vorwiegend abdominell operiert. Zur Sicherung der Diagnose werden unmittelbar vor der Operation Probeabrasio und Excisio in Gefrierschnitten untersucht. Narkose: Äther, in einzelnen Fällen Stickoxydul-Saustoff-Äther. Die Operationstechnik wurde im Laufe der Jahre auf Grund eigener Erfahrungen gelegentlich modifiziert, blieb in ihren Grundzügen aber unverändert. Technische Ge-

Digitized by Google

schicklichkeit und Schnelligkeit des Operateurs sind für den Ausgang der Operation von ausschlaggebender Bedeutung. Die Operabilität betrug von 1893—99 nach Cullen 51,7%, sie ist seitdem (165 Fälle) auf 57,2 gestiegen. Scheinbar inoperable Fälle erweisen sich nach gründlicher Ausbrennung und Rückbildung der entzündlichen Infiltrationen oft noch operabel und bleiben nach Ausführung der Radikaloperation rezidivfrei.

Radium (100—200 mg) wurde in inoperablen und rezidivierten Fällen angewandt, ferner vor und nach der Operation, schließlich nach unvollständig durchgeführter Operation.

Die primäre Mortalität ist mit Ausbildung der Technik von 20,4 auf 11,5% gesunken trotz ausgedehnter Indikation zum Radikaleingriff.

Als Vorbereitung zur Operation hat sich folgendes Standardverfahren ausgebildet:

1) Perineale und vaginale Reinigung mit Seife, 1‰ Sublimat und 70%igem Alkohol.

2) Kauterisation des Karzinoms.

3) Jodbenzin zur Austrocknung der Höhle.

4) 3,5%ige Jodtinktur.

5) Scheidentamponade mit Jodoformgaze.

Durch Cervixdilatation muß eine Pyometra mit Sicherheit ausgeschlossen oder geheilt werden, bevor der abdominelle Eingriff in Frage kommt.

Operation: Medianschnitt, bei fetten Pat. ovoid-horizontale Resektion des Pann. adiposus. Präliminare Ureterenkatheterisation erleichtert die Operation wesentlich; die Katheter werden nach Freilegung der Ureteren entfernt.

Lymphdrüsensuche erfordert so viel Zeit und verschlechtert die primäre Mortalität so sehr, daß nur parametrane Drüsen entfernt wurden.

Die Vagina wird ohne Abklemmung möglichst tief abgesetzt (eventuell mit Thermokauter). Sorgfältige Peritonisierung, Drainage des Wundgebiets mit Zigarettendrain nach der Vagina eventuell auch vom Leibschnitt aus.

Nach der Operation zur Anregung der Blasenentleerung reichlich Flüssigkeitszufuhr, rektale Instillationen usw., ferner sitzende Haltung des Körpers.

Postoperative Komplikationen: Fisteln, 21 bei 165 Operationen, traten im Laufe der letzten 7 Jahre infolge technischer Beherrschung der Operation seltener auf; 2mal platzte die Bauchwunde auf, 1mal prolabierte Darm in die Vagina.

Resultate: Von 137 radikal operierten Fällen, worunter auch 16, bei denen sicher karzinomatöses Gewebe zurückblieb, gezählt werden, liegen 82 länger als 5 Jahre zurück, hiervon blieben 18 gesund, 22 starben am Eingriff, 1 interkurrent, 10 unauffindbar.

Ohne die primäre Mortalität und die nicht Kontrollierten 36,7% Heilung.

Mit primärer Mortalität, aber ohne die Unauffindbaren 30,5%.

Inklusive primärer Mortalität und die Unauffindbaren 22,2%.

Nach der Winter'schen Formel 16,5%. Schottelius (Hamburg).

7) W. Kretzschmar. Heilungserfolge bei Totalexstirpation von Uteruskarzinom. Inaug.-Diss., München 1912.

Material: Uteruskarzinome vom 1. I. 1904 bis 1. XII. 1910 der K. Univ.-Frauenklinik München.

I. Primäre Heilresultate 1904 90%, 1905 66,6%, 1906 75%, 1907 71,4%, 1908 82,5%, 1909 97,1%, 1910 95,8%. II. Dauerresultate: 1904 36,4%, 1905 16,7%. III. Operabilitätsprozente: 1904 25%, 1905 27%, 1906 52,5%, 1907 42%, 1908 70,2%, 1909 69,5%, 1910 57,1%. IV. Absolute Heilung: 1904 8,3%, 1905

Digitized by Google

4,6%. — Rezidivfrei heilten in 6 Jahren 36,4%, in 5 Jahren 16,7%. — Operabilitätsziffer und Dauerheilungsresultate würden weit günstiger, falls Eintritt der Kranken bei ersten Symptomen erfolgen würde. v. Miltner (München).

8) **Chozo Nagoya. Operabilität des Uteruskarzinoms.** Inaug.-Diss., München, 1912.

Im Jahre 1891 hat Winter in Berlin Erhebungen an Krebskranken über die Ursache der späten Inanspruchnahme operativer Hilfe angestellt. Er fand dabei, daß zwei Faktoren von Einfluß auf die Operabilität sind — der erste Ratgeber und das Verhalten der Kranken selbst. Je größer der Prozentsatz der operablen Fälle ist, um so größer ist naturgemäß auch der der Dauerheilung. Der Begriff der Operabilität variiert naturgemäß je nach der in Anwendung kommenden Operationsmethode, der Indikationsstellung u. a. m. Ein Karzinom ist aber dann als operabel zu bezeichnen, wenn durch die erweiterte abdominelle Exstirpation alles nachweisbar karzinomatös erkrankte Gewebe entfernt und somit, mit Wahrscheinlichkeit wenigstens, auf eine Dauerheilung gerechnet werden kann. Verf. hat in der Münchener Universitäts-Frauenklinik Untersuchungen über die Operabilität des Uteruskarzinoms in der Zeit von 1907—1911 angestellt. In diesen 5 Jahren kamen 226 Uteruskarzinome in die Klinik. Von diesen waren 157 = 68,92% operabel. — Als erste Ratgeber kamen in Betracht in 184 Fällen (= 81,05%) der Arzt, in 27 Fällen (= 11,89%) der Kliniker, in 17 Fällen (= 7,4%) die Hebamme; in 16 Fällen fehlten bestimmte Angaben. — Von 183 Ärzten, deren Rat von 191 Frauen in Anspruch genommen wurde, haben 147 (= 76,8%) sofort, 9 (= 4,7%) bei der nächsten Konsultation untersucht. Nicht untersucht, aber sofort an die Klinik verwiesen haben 15 (= 7,8%); überhaupt nicht innerlich untersucht haben 12 (= 6,3%). Von den 12 nicht untersuchten Frauen waren 5 inoperabel, 7 operabel. Von den 17 Hebammen haben 4 (= 23,5%) nicht untersucht, aber die Pat. sofort an die Klinik verwiesen; 8 (= 47,0%) untersuchten und schickten die Frauen dann zur Klinik; 5 (= 29,4%) behielten mit oder ohne Untersuchung die Kranken in Behandlung; von diesen Frauen waren 2 (= 40%) operabel. Mithin haben 29,4% dieser Hebammen falsch gehandelt. — Von 27 Kranken, die sich direkt an die Klinik gewandt hatten, waren 12 (= 45,2%) operabel. — Von 227 Kranken haben 93 (= 40,96%) mehr als ein Vierteljahr, 67 (= 29,5%) mehr als $^1/_2$ Jahr, 13 (= 5,7%) mehr als 1 Jahr verstreichen lassen, ehe sie ärztliche Hilfe aufsuchten. 21 Frauen erschienen sofort nach den ersten deutlichen Symptomen beim Arzt. — Die häufigsten Ursachen der Nichtinanspruchnahme des Arztes sind der Glaube an ein vorübergehendes Leiden, Gleichgültigkeit, »die Wechseljahre«. L. Nürnberger (München).

9) **A. Knack. Geburt und Gebärmutterkrebs.** Inaug.-Diss., München 1912.

Verf. faßt seine am Material der gynäkologischen Poliklinik statistischen Untersuchungen dahin zusammen: Die Kollumkarzinomkranken haben eine bedeutend höhere Geburtsdurchschnittszahl als alle Frauen gesamt, beim Korpuskarzinom Geburtsdurchschnittzahl wahrscheinlich geringer als in der Norm. — Beim Kollumkarzinom keine Virgines, bedeutend weniger Nulliparae, mehr Uniparae, das Mittel überschreitende Pluriparae. Beim Korpuskarzinom selten Virgines, mehr Nulliparae und Uniparae, hingegen weniger Pluri- und Multiparae als in Normalstatistik. Operative Geburten bei Weniggebärenden verhängnisvoll bezüglich Karzinomakquisition. Zeitlicher direkter Zusammenhang zwischen Geburt und Karzinombeginn weder bei rechtzeitiger noch bei Fehlgeburt nachweisbar. Karzinomkranke haben rascher aufeinanderfolgende Geburten. Geburtenzahl beeinflußt indirekt Karzinomprognose. Verf. ruft im Kampfe gegen

Digitized by Google

das Uteruskarzinom: »Damm- und Cervixschutz« (exakte Dammnaht eventuell später Emmetplastik, Schonung der Cervix bei operativen Entbindungen). Nachuntersuchung der Wöchnerinnen, Belehrung der Hebammen und Frauen hierüber.
v. Miltner (München).

10) **W. Weber. Über Gebärmutterkrebs und Schwangerschaft.** Inaug.-Diss., München, 1912.

Verf. führt drei Fälle an, Frauen im seltenen Karzinomalter von 34, 29 und 30 Jahren, die bei der 9., 7., 5. Geburt im 6. und 9. Schwangerschaftsmonat in der Universitäts-Frauenklinik München Aufnahme fanden. Bei allen bestanden Blutungen schon seit 6, 3, 1 Monaten. Bei der mikroskopischen Gewebsdiagnose fand sich bei Fall I und III Plattenepithelkarzinom der Portio, bei II Medullär-Karzinom. Bei allen dreien wurde der abdominelle Kaiserschnitt ausgeführt, bei den ersten zwei Fällen schloß man die Radikaloperation des Karzinoms nach Wertheim an, beim letzten Falle mußte von einer Totalexstirpation Abstand genommen werden, da der mannskopfgroße Karzinomtumor mit der rechten Beckenwand und anscheinend auch mit der hinteren Blasenwand verwachsen war. In erstgenannten Fällen galt es, die Mutter ohne Rücksicht auf die Frucht zu erhalten, im dritten Falle wollte man ein lebendes Kind erzielen, eventuell auch eine dauernde Karzinomheilung. Das Kind starb indes am 2. Tage schon an Lebensschwäche. Mutter I und III genas, II starb plötzlich am 7. Tage p. op. an Herzschwäche. — Bezüglich Therapie des Uteruskarzinoms in graviditate gelten heute folgende Normen: a. Falls Karzinom operabel, Kind lebensfähig, in zweiter Schwangerschaftshälfte oder intra partum abdominelle Sectio mit anschließender Wertheim-Operation, in erster Schwangerschaftshälfte abdominelle Exstirpation des uneröffneten Uterus. b. Falls Karzinom inoperabel unter Rücksicht auf das Leben des Kindes symptomatische Therapie bis Schwangerschaftsende, dann abdominelle Sectio. — Verf. beschreibt dann noch Operationstechnik; Dauerheilung bei Karzinom in graviditate schlechter als bei unkomplizierten Karzinomfällen (Glockner 25% : 34%). v. Miltner (München).

11) **H. Greife (Moskau). Über periodische Schmerzen bei Frauen.** (Petersburger med. Zeitschrift 1913. Nr. 15.)

Kasuistische Mitteilung, die die Bedeutung der Simpson'schen periodischen Schmerzattacken im Unterleibe bei meist karzinomatösen Erkrankungen des Uterus illustrieren soll. 50jährige Virgo, sehr heftige periodische Schmerzattacken, klinischer Befund negativ außer einem faustgroßen Tumor des Corpus uteri, der als Myom gedeutet wird. Nach der Operation wird ein Adenocarcinoma corporis uteri myomatosi festgestellt. B. Ottow (Dorpat).

Menstruation.

12) **F. P. Gengenbach (Denver). Menstruatio praecox.** (Journ. amer. med. assoc. 1913. Bd. LXI. Nr. 8. p. 563.)

Beschränkung des Begriffes Menstruatio praecox auf periodisch wiederkehrende Blutungen vor Beginn der Pubertät. Mitteilung eines selbstbeobachteten Falles, bei dem mit Durchbruch des ersten Zahnes im 10. Monat das Unwohlsein eintrat und in Pausen von 1—3 Monaten wiederkehrte. Zeichen verfrühter Geschlechtsreife: entwickelte Brüste und Brustwarzen, leichte Behaarung der Axillae und des Mons veneris vorhanden. Ein begünstigender, ätiologischer Faktor ist in der Abstammung des Kindes (jüdischer Vater) vielleicht zu erblicken.

Bei Menstruatio praecox und frühzeitiger Geschlechtsreife werden nicht selten

Digitized by Google

Anomalien der Ovarien, Nebennieren und Glandula pituitaria beobachtet. In diesem Sinne wäre therapeutisch der Versuch einer Organotherapie gerechtfertigt.

Schottelius (Hamburg).

13) **Pier Diego Siccardi** (Padua). **Zum Einfluß der Periode auf die Morphologie des Blutes bei der menstruierenden und amenorrhoischen Chlorotika.** (Morgagni 1912. Part. I. Nr. 10 u. 11.)

Der Verf. schließt aus seinen Untersuchungsergebnissen, auf die im einzelnen nicht eingegangen werden kann, da sie kurz nicht zu referieren sind, daß die Veränderungen des Blutes vor der Periode und die Veränderungen bei der Chlorose gleicher Art sind; beide hervorgerufen durch die gleiche Ursache, sei sie nun nervöser, chemischer oder toxischer Art, welche vom Ovar ausgeht, und zwar bei dem gesunden Weibe periodisch, ununterbrochen dagegen mit periodischen Steigerungen bei der Chlorotischen. Küster (Breslau).

14) **Alloria** (Turin). **Über ein paradoxes Phänomen der Körpergröße während der Pubertät.** (Ginecol. moderna 1912. Nr. 8. p. 355.)

Aus Messungen an 1230 Mädchen verschiedener sozialer Schichten ergab sich die Tatsache, daß, während in der Zeit vor der Pubertät und in den ersten Jahren nach Eintritt der Periode die Körpergröße rasch und ununterbrochen zunimmt, plötzlich ein brüsker Halt eintritt und sogar eine Verringerung der mittleren Körpergröße zu beobachten ist, welche 12—14 mm beträgt und im 3. oder 4. Jahre der Adoleszenz eintritt. Erst in dem dann wieder einsetzenden Wachstum kommen Unterschiede infolge Ernährung, Hygiene, Arbeit zur Geltung. Aus der Mehrzahl vieler anderer Statistiken ergibt sich das gleiche Ergebnis. — Dies Phänomen ist keine Folge des Pauperismus, denn es tritt in allen Gesellschaftsschichten ein, ist wohl vielmehr dadurch bedingt, daß zu dieser Zeit die Sterblichkeit unter den Mädchen größerer Körperlänge eine größere ist, so daß das Durchschnittsmaß herabgedrückt wird. Gerade bei den hochgewachsenen Mädchen liegt die Annahme eines Mißverhältnisses zwischen dem Längenwachstum und der Leistungsfähigkeit der in Frage kommenden Organe nahe, welche die höhere Morbidität, als durch verminderte Widerstandsfähigkeit gegen äußere Einflüsse bedingt, erklären würde.

Küster (Breslau).

15) **A. Ridella** (Pavia). **Beitrag zu den extragenitalen Ursachen der Metrorrhagien während und nach der Menopause.** (Ginecologia 1912. Nr. 9.)

Im Anschluß an einen Fall, wo Uterusblutungen bei einer 66jährigen Frau sich auf mehrfache Abrasionen nicht besserten und erst aufhörten, als durch geeignete Medikation der abnorm hohe Blutdruck herabgesetzt war, will der Verf. die Aufmerksamkeit der Praktiker auf die Bedeutung allgemeiner Ursachen für die senilen Uterusblutungen hingelenkt wissen. Küster (Breslau).

16) **W. Blair Bell** (Liverpool). **Die Pathologie der Uterusausgüsse, die während der Menstruation ausgestoßen werden.** (Surgery, gynecology and obstetrics Vol. XVI. Nr. 6.)

Es gibt zwei Arten von Uterusausgüssen, nämlich die nur aus geronnenem Blut bestehenden und die aus abgestoßenem Endometrium gebildeten. Letztere können dick oder dünn sein, je nachdem eine dünnere oder dickere Schicht des Endometriums verloren geht. Sie bestehen aus Schleimhaut, die deutliche deciduale Reaktion zeigt. Immerhin sind aber ihre Zellen durch Unterschiede in der Größe von wahren Deciduazellen der Gravidität zu unterscheiden.

Robert Stern (Offenbach).

Digitized by Google

17) **A. Laudon. Über die Wirkung der epiduralen Injektion bei der Behandlung von Dysmenorrhöe und Kreuzschmerzen.** Inaug.-Diss., Freiburg i. B., 1913.

L. stellt auf Veranlassung Schlimpert's 30 Fälle von Dysmenorrhöe und Kreuzschmerzen zusammen, die mit epiduralen Injektionen behandelt wurden. Die Technik bestand darin, daß in Chloräthylrausch oder nach Morphium Skopolamineinspritzung 20—60 ccm physiologische Kochsalzlösung eingespritzt wurden. 8 Fälle entzogen sich der Kontrolle; dauernd geheilt wurde nur 1 Fall, für längere Zeit 3, 11 Fälle blieben völlig unbeeinflußt, während bei den übrigen Pat. nur kurz dauernde Erfolge erzielt wurden. Diese der Publikation Albrecht's im Zentralblatt 1911, Nr. 2 widersprechenden Resultate führt L. darauf zurück, daß Albrecht sein Material nicht nachbeobachtet habe.

Schneider (Freiburg).

Lageveränderungen.

18) **Robert O. Earl** (St. Paul). **Uterusprolaps.** (St. Paul med. journ. 1913. Juli.)

Die Ligamente des Uterus sind leicht dehnbar und kommen daher für eine wirksame Lageerhaltung des Uterus nicht in Frage. Dagegen lehrt die Erfahrung, daß bei einem kräftigen muskulären Beckenboden, normaler nervöser Versorgung desselben Prolapse nicht vorkommen. Wird eine Prolapsoperation vorgenommen, so muß sie also in erster Linie den Beckenboden wiederherstellen. Bei annähernd normal großem oder wenig vergrößertem Uterus, Elongatio colli und Cystokelen eignet sich am besten das Verfahren von Watkins-Wertheim (Interpositio uteri vesico-vaginalis). Bei Totalprolaps und besonders bei kleinem Uterus gewährt dieses Verfahren allerdings keine Rezidivsicherheit, und Verf. zieht in diesen Fällen eine feste ventrale Fixation nahe der Symphyse nebst Wiederherstellung des Beckenbodens vor. Bei all diesen Operationen soll sterilisiert werden, da durch Schwangerschaften leicht Rezidive auftreten. Jaschke (Gießen).

19) **P. Meyer. Prolapsoperationen und ihre Resultate.** Inaug.-Diss., München, 1912.

Bericht über 240 Frauen aus der K. Univ.-Frauenklinik München, die vom Januar 1901 bis Dezember 1910 dort operiert wurden. Dauererfolg bei 66 Kolporrhaphien mit Plastik und Amputation 75,8%, 6 Kolporrhaphien mit Ventrofixation 60%, 20 Kolporrhaphien mit Vag.-Ves.-Fixation 75%, 4 Schauta-Wertheim 75%, 9 Alexander-Adams mit Plastiken 77,7%, 10 Totalexstirpationen 90%. Prolapsheilung leider noch nicht befriedigend. Die Wahl der Operationsmethode sei individuell. Ob Levator ani-Naht den Beckenboden wieder rekonstruiert, muß nach Döderlein erst abgewartet werden. Beste Therapie Prophylaxe im Wochenbett. Keine zu frühe Zange, Wochenbettsgymnastik.

v. Miltner (München).

20) **R. Höfer. Dauerresultate von Prolapsoperationen mit Dammplastik nach Küstner.** Inaug.-Diss., München, 1912.

Anführung von 89 operierten Fällen aus der Poliklinik für Frauenleiden in München. — 21—70jährige Pat., 0—XIIparae, angewandt bei Dammriß II, sowie Prolaps einer Scheidenwand mit 100% Erfolg bei der Nachuntersuchung, bei Dammriß III mit 66,6%, bei leichtem Prolaps beider Wände mit 77,7%, bei schwerem Prolaps beider Wände mit 68,8%, bei Descensus uteri 64,3%, bei Prolapsus totalis 50% Erfolg bei Nachuntersuchung. Gegenüberstellung von 64%

Digitized by Google

objektivem Erfolg bei Nachuntersuchung Petri's von Fällen, die vom gleichen Operateur nach alter Dammplastikmethode operiert wurden und von 74% Dauerheilung nach Küstner's Dammplastik. — Diese Operation ist auch wichtig für spätere Geburten, denn sie erhält die Gebärfähigkeit und schafft einen genügend festen Beckenboden, sie ist »kausale Therapie«. v. Miltner (München).

21) **F. Just. Die Erfolge der operativen Behandlung großer Prolapse mit Implantation des Uterus ins Septum vesico-vaginale.** Inaug.-Diss., München 1912.

Nachuntersuchung erstreckt sich auf 38 Fälle der II. gynäkologischen Klinik München. I. 7 Fälle im Alter von 30—40 Jahren, Beobachtungsdauer 8 Monate bis 5 Jahre. Alle Frauen wieder völlig arbeitsfähig hergestellt. Objektiv überall gute Interpositio uteri. 100% Dauerheilung. II. 10 Fälle 41—50 Jahre, Beobachtungsdauer 20 Monate bis 4 Jahre. Bis auf ein (Rezidiv) alle Frauen wieder völlig arbeitsfähig geheilt. Meist der arbeitenden Klasse angehörend. 90% Dauerheilung. III. 11 Fälle über 50 Jahre. Beobachtungsdauer 8 Monate bis 7 Jahre. 10 vollkommen geheilt. Dauererfolg 90,2%. 1 Rezidiv, Ursache dieses Kleinheit des zur Interpositio verwendeten atrophischen Uterus bei völlig insuffizientem Beckenboden, wobei der an der Urethra mit dem Fundus fixierte Uterus unter Wirkung der Bauchpresse auf die Cervix eine Drehung von 180° macht und mit ausgestülpter Vagina aus der Vulva tritt. Gesamtdauererfolg dieser Uterusimplantation 90,5%. Durchschnittliche Heilungsdauer 17 Tage. Frauen, die schon viel Geburten hinter sich haben, haben Anspruch auf eine Operation, die Dauerheilung garantiert, »d. i. die mit Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit verbundene Implantation des vorgefallenen Uterus ins Septum vesico-vaginale«.
v. Miltner (München).

22) **Jacobovici (Bukarest). Die Myohysteropexie.** (Revista de chir. 1913. April.)

Die Gebärmutterligamente bestehen nicht aus bindegewebigen Fasern, sondern auch aus Muskelgewebe, und es besteht große Wahrscheinlichkeit, daß dieselben im Suspensionsmechanismus der Gebärmutter eine wichtige Rolle spielen. Degenereszenzen der Gebärmuttermuskulatur führen auch zu einer solchen der runden Mutterbänder, wie dies ja oft nach zahlreichen Geburten oder gynäkologischen Erkrankungen der Fall ist. Der Verf. schlägt daher vor, zur Fixierung der vorgefallenen Gebärmutter den Musc. Psoas min. oder einen etwa 2 cm dicken Streifen aus dem Psoas major zu verwenden, den man hinter den großen Beckengefäßen und vor dem Ureter beiderseits nach der vorderen Gebärmutterfläche führt und hier durch Catgutnähte fixiert. Es hat sich gezeigt, daß die Fixierung nur dann eine vorteilhafte ist, wenn dieselbe die natürliche Fixierung der Organe nachahmt, das heißt indem nur der Gebärmutterhals festgestellt wird, während der Uteruskörper frei beweglich bleibt. Man könnte auch Bündel aus dem Rectus abdom. zur Gebärmutterfixierung verwenden, doch hat der Verf. bis nun diese Operation nur an der Leiche ausgeführt und sich hierbei von der Leichtigkeit derselben überzeugt. E. Toff (Braila).

23) **W. C. Jones (Chicago). Die Inversion des Uterus.** (Surgery, gynecology and obstetrics Vol. XVI. Nr. 6.)

Die Grundursache der puerperalen Inversion ist eine Erschlaffung des Uterus, Hilfsursachen Druck auf den Fundus oder Zug an der Nabelschnur. Die fast ausschließliche Ursache nichtpuerperaler Inversionen sind Uterusmyome.

Pathologisch der wichtigste Punkt ist stets die Kontraktion der Cervix, die eine Reinversion verhindert. Die wesentlichsten klinischen Symptome sind Blu-

Digitized by Google

tung, Schmerz und Shock. Die Diagnose ist meist leicht, kann nur bei nichtpuerperaler Inversion Schwierigkeit machen. Die Behandlung soll entweder manuell oder instrumentell die Reinversion herbeiführen oder muß operativ sein. Der wesentliche Gesichtspunkt der Operationsmethoden ist: Kolpohysterotomie und Inzision der Cervix und des Uterus, so weit es nötig ist. Der Typus aller dieser Methoden ist die Küstner'sche. Nur sehr selten ist die Hysterektomie indiziert. Die Mortalität der Inversionen betrug bei akuten Fällen 35%, bei chronischen 6%. Robert Stern (Offenbach).

24) **G. Riedmeier. Über einen Fall von onkogenetischer Totalinversion des Uterus.** Inaug.-Diss., München, 1912.

Im Anschluß an 10 Fälle aus der Literatur beschreibt Verf. den in der II. gynäkologischen Klinik zu München beobachteten Fall. Es handelte sich um eine Pat., die 11mal geboren hatte, das letzte Mal vor 16 Jahren. Seit ca. 1 Jahre hat Pat. das Gefühl des Druckes und der Schwere im Unterleib; seit $^1/_2$ Jahre bemerkt sie einen Vorfall der Gebärmutter, den sie leicht reponieren konnte. Vor 3 Tagen bemerkte Pat. einen dicken, sulzigen, weißlichen Ausfluß, dabei Frost und Verstärkung der Kreuzschmerzen. Heute Nachmittag $^1/_2$5 Uhr plötzlich totaler Vorfall der Gebärmutter ohne äußeren Anlaß. Repositionsversuche der Pat. gelangen nicht, sondern hatten nur eine starke Blutung im Gefolge, die bei der Einbringung in die Klinik noch anhielt. Blasenbeschwerden bestanden nicht. Stuhl immer sehr hart und träge. Genitalbefund: Vor der Vulva befindet sich ein übermannsfaustgroßer, kugeliger Tumor, an einem etwa 3 Finger dicken, aus der Vulva ragenden Stiel hängend. Der Stiel entspricht dem Cervix und Corpus uteri, der Tumor einer von der hinteren Wand des Uterus ausgehenden Geschwulst. Die Oberfläche des Tumors zeigt starke, venöse Stauung. An mehreren Stellen venöse, an einer Stelle der vorderen Fläche arterielle Blutung. Um den Stiel des Tumors bis in der Vagina kein Ring, welcher den Rändern des Muttermundes entsprechen würde, zu fühlen. Die Vaginalwände gehen direkt auf den Stiel des Tumors über. Operationsbericht: Der vollständig außerhalb des Beckens liegende, invertierte Uterus wird mit dem Thermokauter von der Vagina abgetrennt; dabei wird das Peritoneum von rückwärts her eröffnet und der Inversionstrichter sichtbar. Die Tuben werden zusammen mit dem Peritoneum und der Vaginalwand in einzelnen Partien umstochen, der Stumpf reponiert und die Vagina mit Jodoformgaze ausgestopft. (Klinische Diagnose: Inversio et prolapsus uteri totalis, Myoma.) Ätzung der blutenden Stellen mit Liqu. ferri sesquichlorati, Verband, Eisblase. O. Eisenreich (München).

25) **Archibald Donald** und **W. Fletcher Shaw** (Manchester). **Retroflexio uteri.** (Practitioner 1913. Juni.)

Eine mobile Retroflexio verursacht, wenn überhaupt, nur selten Beschwerden. Bei angeblichen Retroflexionsbeschwerden fanden die Verff. unter 188 Fällen 101mal einen anteflektierten und nur 87mal einen retroflektierten Uterus. Wenn die Beschwerden auf die übliche medikamentöse Behandlung nicht zurückgehen, empfiehlt sich stets vor Vornahme einer operativen Lagekorrektur eine Dilatation und Abrasio. In den meisten Fällen, in denen diese versagt, findet man neben der Retroflexio irgendeine Komplikation. Jaschke (Gießen).

26) **Walter R. Henitt** (St. Louis). **Ein neues Pessar.** (Interstate med. journ. 1913. August.)

Das neue Pessar besteht aus drei aufeinandergelegten und fest verbundenen Ringen, von denen der oberste den kleinsten Durchmesser hat, und soll besonders

Digitized by Google

beim Prolaps mit schlechtem Damm erfolgreich angewendet werden. Kohabitation ist dabei allerdings unmöglich, da es die ganze Scheide ausfüllt. Das ist aber kein großer Nachteil, da es sich nur um Frauen handelt, bei denen wegen hohen Alters oder aus anderen Gründen die Operation kontraindiziert ist.

Jaschke (Gießen).

Bauchdecken, Ligamente, Beckenzellgewebe.

27) **Adolph Ebner** (Königsberg i. Pr.). **Über retroperitoneale Lipombildung mit spezieller Berücksichtigung der mesenterialen Lipome.** (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXXXII. Hft. 1.)

Verf. berichtet über einen Fall von apfelgroßem, mesenterialem Fibrolipom hart am Coecum, in das der Processus ganz aufgegangen war. Der Tumor wurde zusammen mit dem Coecum, einem Teil des Colon ascendens und des Ileum reseziert. Unter Verwertung der vorhandenen Literatur wird das Krankheitsbild ausführlich dargestellt. Die Ätiologie bewegt sich im Rahmen einer angeborenen oder später erworbenen latenten Prädisposition, die zur manifesten Entwicklung eines äußeren Anlasses bedarf. Prädilektionsstellen sind die perirenalen Fettmassen. Das weibliche Geschlecht ist dreimal so häufig der Erkrankung ausgesetzt wie das männliche, das höhere Alter mehr als das jugendliche. Einen auffallenden Unterschied gegenüber den peripherischen Lipomen zeigen die mesenterialen durch ihre Neigung zu Degenerationserscheinungen und zur malignen Umwandlung ihres bindegewebigen Stromas, ferner in dem schnelleren und gesteigerten, oft exzessiven Wachstum. Die klinischen Erscheinungen zeigen sich erst im Stadium des Wachstums durch Vermehrung des Leibesumfanges und Verdrängungsfolgen. Die Behandlung muß eine operative sein, und zwar auf transperitonealem Wege, der auch schon durch die Schwierigkeit der Diagnose geboten ist. Ohne Operation gehen die Kranken infolge der zunehmenden Größe an Marasmus zugrunde. Die Operationsmortalität ist eine hohe, teils infolge der engen Verbindung mit den Nachbarorganen und der etwaigen Notwendigkeit, diese mitzuentfernen, teils durch die unbeabsichtigten Nebenverletzungen, endlich infolge der Kachexie. Eine weitere Gefahr bilden die maligne Entartung und die Rezidive, die auch in acht als gutartig angesehenen Fällen, sich wiederholend, beobachtet sind und trotz mehrerer Rezidivoperationen schließlich zum Tode führten.

Calmann (Hamburg).

28) **E. Staudinger. Die Lipome des kleinen Beckens und ihre Beziehung zum Lig. rotundum.** Inaug.-Diss., München 1912.

Nachdem sich Verf. über Anatomie, Entstehung, Ätiologie der Lipome des kleinen Beckens verbreitet hat, beschreibt er fünf Fälle aus der Literatur, denen er einen in der Univ.-Frauenklinik München anfügt. — Xpara verspürt bei starken körperlichen Anstrengungen Schmerz im linken Hypogastrium. Innere Untersuchung: Links vom senilen Uterus abgrenzbar derber, kleinkindskopfgroßer, bis an die Beckenwand reichender, verschieblicher Tumor. Laparotomie. Uterus samt Adnexen ohne pathologischen Befund. Herauspräparierung einer extraperitonealen, nierenförmigen, faustgroßen, derben Geschwulst aus den entfalteten Blättern des linken Lig. lat. Peritonisierung der Stümpfe, Naht der Bauchwunde. Gelappte Geschwulst 12 : 8 : 3 cm, derb in der Mitte anzufühlen, am Rande locker, mikroskopisch: normales Fettgewebe. Genese der Lipome noch unbekannt.

v. Miltner (München).

Digitized by Google

29) **Manfred Moritz. Über die Natur der sog. Mackenrodt'schen Ligamente.** (Journ. of obstet. and gynec. of the brit. empire Vol. XXIII. Nr. 3. 1913. März.)

Kurz nach dem Tode in Formalin fixierte, weibliche Becken von Kindern und und Erwachsenen ließen bei mikroskopischer und makroskopischer Durchsuchung keine wohl definierten Bindegewebsmassen erkennen, die sich als besonderes Band im übrigen Parametrium hätten isolieren lassen. Es finden sich lediglich glatte Muskelfasern, perivaskuläres und perineurales Gewebe außer Gefäßen und Nerven. Die Präparierung der Mackenrodt'schen Ligamente beruht auf einem anatomischen Irrtum. Hans Schlimpert (Freiburg).

30) **F. McMorrow** (Syracuse). **Einige chronische entzündliche Beckenerkrankungen.** (Journ. amer. med. assoc. 1913. Nr. 13. p. 966.)

Kurze Besprechung der Klinik von Peri- und Parametritis. Bei chronischer Perimetritis leistet bimanuelle Massage, wobei nur die äußere Hand aktiv wirkt, gutes zur Streckung und Lockerung der oft sehr druck- und zugempfindlichen Ligg. sacrouterina und der pathologischen Adhäsionen.

Parametritis ist meist auf septische oder gonorrhoische Infektion zurückzuführen. Bei Virgines ist Parametritis oft die Folge einer Infektion vom Darmkanal aus. Die Diagnose läßt sich auf Grund des Palpationsbefundes, Verdickung des paravaginalen Gewebes und der Douglasfalten unter Berücksichtigung der Anamnese stellen. Massage ist bei Anzeichen akuter Entzündung, bei Adnexerkrankung usw. absolut kontraindiziert. Schottelius (Hamburg).

31) **J. T. Smith** (Cleveland). **Der prognostische Wert der Leukocytenzählung bei eitrigen Prozessen im Becken.** (Surgery, gynecology and obstetrics Vol. XVI. Nr. 4.)

Die Zusammenstellung von 100 Fällen, die wegen eitriger Prozesse im Becken durch Laparotomie operiert wurden, und bei denen vor der Operation eine Leukocytenzählung vorgenommen war, zeigt, daß ungünstige Ausgänge viel häufiger bei hoher Leukocytenzahl, d. h. über 14 000 — vorkommen, als bei niedriger. Daher ist die Zählung der Leukocyten vor der Operation ein sehr wertvolles Hilfsmittel zur Prognosestellung, und zwar noch wichtiger, als die Beobachtung der Temperatur und des Pulses. Robert Stern (Offenbach).

32) **J. Steinberg. Desmoide Geschwülste der Bauchdecken an der Hand eines Falles.** Inaug.-Diss., München, 1912.

27jährige Ipara. Seit $^1/_2$ Jahre Dickenzunahme des Leibes, seit einiger Zeit brennender Leibschmerz bei der Arbeit. Oberhalb Lig. Poupartii faustgroßer, derber, beweglicher Tumor. Diagnose: Desmoid der vorderen Bauchwand, extraperitoneal gelegen. In der Univ.-Frauenklinik München Entfernung des Tumors unter der Fascie des Musc. rectus, 200 g schwer, 10 : 6 : 5 cm. Mikroskopisch: Faserige, homogene Bindegewebsbündel, netzförmig angeordnet. Pat. am 12. Tage p. op. geheilt entlassen. — Anfügung der Geschichte der Operation der Bauchdeckengeschwülste, ihr Vorkommen besonders bei Frauen, die schon geboren (87,1%). Ätiologie noch nicht festgestellt. Es wird dann ihre Stellung unter den Geschwülsten, ihr Charakter, ihre Form, ihre Veränderungen, Diagnose abgehandelt. Therapie ehedem konservativ (Säureinjektion, Abquetschen), nunmehr radikal mit eventueller Peritoneumresektion; nicht in den letzten Schwangerschaftsmonaten! Dauerheilung bei Frauen 90%. v. Miltner (München).

Digitized by Google

Innere Sekretion.

33) **Wm. Harmar Good** (Philadelphia, Pa.). **Einige geburtshilfliche Beobachtungen mit Bezug auf innere Sekretion.** (Amer. journ. of obst. and dis. of w. and children 1913. Juni.)

Im Anschluß an zwei plötzliche Todesfälle nach normalen Geburten, die unter dem Bilde der Vasamotorenparese eintraten (Obduktion im ersten Falle verweigert, im zweiten Falle bis auf Blutfüllung im Splanchnicusgebiet negativ) erörtert Verf. die Möglichkeit, solche Fälle auf eine plötzliche Insuffizienz des Adrenalsystems zu beziehen. Für des Verf.s Ansicht spricht zweifellos, daß die einzigen objektiv nachweisbaren Krankheitszeichen in Blässe und fortschreitender Blutdrucksenkung bestanden, die durch Kochsalzinfusion vorübergehend vollständig verschwanden, um freilich bald wiederzukehren. (Adrenalin wurde nicht verabreicht. Ref.) Jaschke (Gießen).

34) **S. W. Bandler** (Neuyork). **Die den Gynäkologen interessierenden inneren Sekretionen.** (New York med. journ. Bd. XCVIII. Nr. 3. p. 111.)

Überblick über die Beziehungen der Hypophyse, Thyreoidea, Nebennieren und Ovarien zur Physiologie und Pathologie. Betonung der Bedeutung innersekretorischer Vorgänge für die Erklärung von Konstitutionsanomalien, Amenorrhöe und Sterilität. Der noch nicht vollkommen geklärte Antagonismus zwischen Thyreoidea und Ovarien wird zur Erklärung der beim weiblichen Geschlechte besonders häufigen Affektionen der Thyreoidea herangezogen. Die in vergangenen Zeiten zur Deutung dysmenorrhoischer und klimakterischer Beschwerden angenommenen Reflexe werden mehr und mehr durch biochemische Hypothesen (Störungen des Gleichgewichts zwischen der inneren Sekretion von Thyreoidea und Ovarien) ersetzt. Schottelius (Hamburg).

35) **H. Poindecker** (Wien). **Ein Beitrag zur Kasuistik der Hypophysenveränderungen bei Akromegalie.** (Wiener klin. Wochenschrift 1913. Nr. 19.)

Verf. fand bei einem Manne, der die typischen Zeichen der Akromegalie darbot, histologische Veränderungen der Hypophyse, wie sie Erdheim und Stumme als typisch für die Schwangerschaft beschrieben haben. Die chromophoben Elemente entsprachen den sog. »Schwangerschaftszellen« und ihre adenomartigen zirkumskripten Anhäufungen sind mit den von Erdheim als »Schwangerschaftsknoten« bezeichneten Gebilden in Parallele zu stellen. Der Fall trägt auch zur Erklärung der vielfach beobachteten Tatsache bei, daß sich bei manchen Frauen im Verlaufe einer Schwangerschaft leichte akromegalische Symptome einstellen.
Linzenmeier (Berlin).

36) **Zanfrognini. Nebennierenextrakt-Therapie in der Geburtshilfe.** (Morgagni 1913. p. 314.)

Der Autor blickt auf eine 5jährige Erfahrung in der Anwendung des Adrenalins bei Schwangerschaftserbrechen zurück. Bei konsequenter Anwendung nur dieses Mittels heilten alle Fälle ohne Schaden für Mutter oder Kinder aus. Von der Lösung 1 : 1000 werden anfangs 20—30 Tropfen täglich gegeben. Die Dosis wird täglich um 5—10 Tropfen gesteigert, bis der Heileffekt eintritt. Einzelne Schwangere kamen so bis auf 80—100 Tropfen pro die. Ist der gewünschte Erfolg erreicht, wird die Dosis um 15—20 Tropfen vermindert. In einzelnen Fällen traten Magenkrämpfe auf, man muß dann die Gabe etwas vermindern. Die hohen Dosen mußten nur in vereinzelten Fällen gegeben werden. In leichteren Fällen

Digitized by Google

kann man die Behandlung nach 20—30 Tagen beenden, ohne daß der Vomitus wiederkehrt. Knoop (Duisburg).

37) **James W. Markoe und Lucius W. Wing. Die Schilddrüse in der Schwangerschaft.** (Bull. of the Lying-in Hospital of the City of New York 1913. Juni.)

Bereits in einer früheren Arbeit hatten die Verff. mitgeteilt, daß sie unter 1000 Fällen nur in 98 eine Vergrößerung der Schilddrüse fanden. Jetzt teilen sie weitere 586 Fälle mit, worunter sich 35mal eine vergrößerte Schilddrüse fand; 19 derselben betrafen Erst-, 16 Mehrgebärende.

Insgesamt fand sich also in 9,7% der Erstgebärenden, 6,7% der Mehrgebärenden eine vergrößerte Schilddrüse, in 8,3% ein Kropf. In 8 Fällen war deutlicher Hyperthyreoidismus, in 2 Fällen in geringem Grade vorhanden. Mit einer Ausnahme verschwanden die hyperthyreoiden Symptome innerhalb der ersten 2 Wochen des Puerperiums. Bei dem Versuch, den Beginn der Schilddrüsenveränderung mit der Zeit und Entwicklung der Schwangerschaft in Zusammenhang zu bringen, ergaben sich so differente Resultate, daß damit nichts anzufangen ist. 20 Fälle unter den Erstgebärenden, 13 unter den Mehrgebärenden begannen bereits vor Eintritt der Schwangerschaft.

Bei Hyperthyreoidismus empfiehlt sich neben allgemein diätetischen Vorschriften vor allem absolute Bettruhe. In keinem der beobachteten Fälle traten irgendwelche gefahrdrohenden Symptome auf, und in allen erst während der Gravidität entstandenen Fällen trat nach der Geburt rasche Besserung ein.

Jaschke (Gießen).

38) **Joseph T. Smith (Cleveland). Komplementablenkung durch Corpus luteum-Antigen.** (Amer. journ. of obst. and dis. of w. and children 1913. Juni.)

Die Versuche verfolgten den Zweck, durch Benutzung von Corpus luteum-Extrakt als Antigen eine Komplementablenkungsreaktion zu finden, die die innere Sekretion des Corpus luteum erweisen sollte. Die Versuche fielen aber negativ aus (wie übrigens nicht anders zu erwarten war, da Hormone keine Antikörperbildung geben. Ref.). Jaschke (Gießen).

Medikamente.

39) **Franz Jäger (Erlangen). Ein neuer, für die Praxis brauchbarer Sekaleersatz (Tenosin).** (Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 31.)

Es wurden die beiden Hauptbestandteile des Mutterkorns — p-Oxyphenyläthylamin und β-Imidazolyläthylamin — kombiniert als Sekaleersatz versucht. Die Präparate stammten aus den Farbenfabriken vorm. Friedr Bayer & Co. in Leverkusen bei Köln. Am besten bewährte sich eine Mischung von $^3/_{10}$ oder $^5/_{10}$ mg β-Imidazolyläthylamin mit je 2 mg p-Oxyphenyläthylamin. Bei dieser Kombination kommen die schädlichen Eigenschaften des β-Imidazolyläthylamins nicht zur Wirkung. Am besten wirkt das Präparat nach der Ausstoßung der Nachgeburt. An Promptheit und Schnelligkeit der Wirkung übertrifft die Kombination der beiden Substanzen alle bisher gebrauchten Sekalepräparate.

Frickhinger (München).

40) **Oppenheim (Berlin). Die Behandlung klimakterischer Störungen mit Adamon.** (Deutsche med. Wochenschrift 1913. Nr. 23. p. 1103.)

Das Adamon hat entsprechend seiner Zusammensetzung aus einer Brom- und Baldriankomponente hauptsächlich eine sedative Wirkung. Schädigungen und

Digitized by Google

unerwünschte Begleiterscheinungen beobachtete Verf. selbst bei hoher Dosierung und langer Anwendung niemals. Er empfiehlt das Adamon vor allem bei den mannigfaltigen nervösen Folgezuständen des Klimakteriums. Behne (Kiel).

41) **Wilhelm Cuntz** (Heidelberg). **Über ungünstige Wirkungen des Hexamethylentetramins (Urotropins).** (Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 30.)

Diese ungünstige Wirkung zeigt sich in Reizung der Harnwege, Hämaturie und Albuminurie. Sie kann auch ohne Überschreitung der erlaubten Dosis und bei der üblichen Darreichung des Urotropins, gelöst in Wasser, nach dem Essen eintreten. Es gilt dies nicht allein für die Ersatzpräparate, sondern auch für das Originalpräparat (Schering). Einige Belegfälle werden angeführt. Dauernde Kontrolle des Urins ist bei Darreichung des Mittels notwendig!

Frickhinger (München).

42) **Schlosser** (Bern). **Über die Wirkung kombinierter Diuretika.** (Zeitschrift f. d. gesamte experim. Medizin Bd. I. Hft. 1 p. 559. 1913.)

Bei Kaninchen bewirken Magnesium- und Natriumsulfat mit Koffein zusammen intravenös gegeben eine stärkere Diurese als der einfachen Addition der beiden Einzelwirkungen nach zu erwarten wäre. Coffeinum natrio-salicylicum und Theocin bewirken in Kombination eine Diurese, die nicht stärker ist als der Addition der zwei Einzeleffekte nach zu erwarten steht.

Linzenmeier (Berlin).

43) **J. B. Alexander** (Bradford). **Ein Fall von nicht tödlicher Veronalvergiftung.** (Brit. med. journ. 1913. Juli 5.)

Pat. nahm wegen Schlaflosigkeit lange Zeit Veronal und wurde eines Tages mit allen Zeichen der Opiumvergiftung bewußtlos eingeliefert. Deshalb wurde, da keine Anamnese zu erheben war, eine Magenspülung gemacht, Atropin injiziert und die Injektion 2mal in den nächsten 2 Stunden wiederholt. 4 Tage blieb der Zustand unverändert, dann kehrte das Bewußtsein zurück. Es waren $7^1/_2$ g Veronal genommen worden. Pat. kam trotz der kontraindizierten Therapie durch. Auch die Magenspülung war wohl nutzlos, da sie frühestens 5 Stunden nach Einnehmen des Veronals erfolgte. Sieber (Grunewald-Schmargendorf).

Berichtigung.

Im Berichte aus dem Kongreß des Nordischen Chirurgenvereins in Kopenhagen wird im Zentralblatt für Gynäkologie Nr. 40 p. 1475 angegeben: »In der Diskussion empfehlen Engström-Boije prinzipiell eine kräftige Ventrofixation (präperitoneal, zum Zwecke des Aufhängens) zu machen.« Dies ist nicht vollständig richtig. In Engström's Klinik wird die präperitoneale Ventrofixation vorgenommen nur bei totalem oder fast totalem Vorfall der Gebärmutter und der Scheide, oder wenn die schnelle und fortschreitende Verschlimmerung einen baldigen totalen Prolaps befürchten läßt. In 75 solchen, von Engström und Boije objektiv nachuntersuchten Fällen waren 91,7% gute Resultate zu verzeichnen. Otto Engström.

Originalmitteilungen und Referate für das Zentralblatt wolle man an *Prof. Dr. W. Stoeckel* in Kiel, Monographien, Sonderdrucke und Büchersendungen an *Prof. Dr. W. Stoeckel* oder an die Verlagshandlung von *Johann Ambrosius Barth*, Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. W. Stoeckel in Kiel.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Digitized by Google

Zentralblatt für Gynäkologie

begründet von HEINRICH FRITSCH

herausgegeben von

WALTER STOECKEL in Kiel.

37. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 46. Sonnabend, den 15. November 1913.

Inhalt.

Nachtrag zur 85. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Wien.
Schottlaender, Eierstocksendotheliome. — Schottlaender, Genitaltumor. — Bab, Organotherapeutische Erfahrungen. — Bab, Akromegalie und Ovarialtherapie.
Originalien: I. A. Solowij, Ein weiterer Beitrag zur Beurteilung des Wertes des von mir angegebenen Frühsymptoms der Extrauteringravidität. — II. C. Metzlar, Ein seltener Fall von Ruptura perinei. — III. E. Ekstein, Über die zwanglose Vereinigung zur Förderung der Wöchnerinnenasyle und ihrer sozialhygienischen Bestrebungen.
Neue Bücher: 1) Freund, Gynäkologische Streitfragen. — 2) De Lee, Lehrbuch der Geburtshilfe.
Berichte: 3) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.
Schaeffer, Geburtenrückgang.
Zeitschriften: 4) Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XVIII. Hft. 3.
Hegar, Fahrlässiger Abort. — Daniel, Leistenhernien. — Liegner, Uteruskarzinom. — Kroener, Meningokelen. — Minakuchi, Harnfisteln. — Sonnenfeld, Kongreßberichte.
Extrauteringravidität: 5) Williams, 6) Chaput, 7) Baldrin, 8) Trapl, 9) Stewart, 10) v. Miltner, 11) Martini, Extrauteringravidität.
Abort: 12) Meyer-Ruegg, 13) Tissier, 14) Mecht, 15) Hammerschlag, 16) Waeber, 17) Aubert, 18) Janea und Vik, 19) Scheehner, Abort.
Harnorgane: 20) Stein, Verschmolzene Niere. — 21) Condon, Nierensepsis. — 22) Tracy, Nierensteine. — 23) Ludwig, Ureter-Blasen-Scheidenfisteln. — 24) Sacharin, Operationen an den Harnorganen. — 25) Ruppert, Perforation der Harnblase. — 26) Hock, Paravesikale Bauchdeckengeschwülste. — 27) Schill, 28) Jansen, Cystitis. — 29) v. Hofmann, Blasendivertikel. — 30) Bailey, Bedeutung des Harns in der Schwangerschaft. — 31) Buerger, Operationscystoskopie. — 32) Stanton, Evacuator mit Cystoskop. — 33) Pedersen, Explosion einer Urethroskoplampe.
Blasenmole und Chorioepitheliom: 34) Williams, 35) Curtis und Oui, Blasenmole. — 36) Bassal und Clermont, 37) Polbosson und Violet, 38) Huguier und Lorrain, 39) Ries, 40) Pusinich, 41) Ewing, Chorioepitheliom.
Peritoneum und Netz: 42) Credé, 43) Fischer, 44) Dergane, Peritonitis. — 45) Hertzler, Netzwanderung. — 46) Holländer, Netztumoren. — 47) Schlee, Netztorsion.
Allgemein-Operatives: 48) Kirschner, Fascienübertragung. — 49) Farrar, Deutung des Schmerzes. — 50) Bandler, Umgekehrter T-Schnitt. — 51) Ebeler, Peristaltik nach Laparotomien. — 52) Kenyon, Nachbehandlung von Operierten. — 53) Morris, Darmtürmacher. — 54) Jambé, Uteruscurette.
Kaiserschnitt: 55) u. 56) Davis, Kaiserschnitt.
Berichtigung.

Nachtrag zur 85. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Wien.

Berichtet von

Dr. Rudolf Ekler in Wien.

J. Schottlaender (Wien): Demonstration zur Frage der Endotheliome des Eierstocks.

Vortr. hält zwei, in letzter Zeit beobachtete, kleine Eierstockstumoren mit den von Zinsser und von Kraus beschriebenen für identisch und glaubt nach

Digitized by Google

eigenen Erfahrungen und im Hinblick auf die Publikation R. Meyer's sie sämtlich als Markstrangepitheliome (Granulosaepitheliome, R. Meyer) ansprechen zu müssen. Er berichtet noch über 4 weitere, seines Erachtens in diese Kategorie gehörige, solid-cystische Geschwülste. Unter den insgesamt 6 Fällen besitzt die Mehrzahl histologisch maligne Qualitäten und gehört in die Karzinomreihe.

Ob es eigentlich primäre Lymphangioendotheliome des Eierstocks gibt, die weder lymphatisch propagierte, gewöhnliche Karzinome noch strumöse Teratome oder Teratoblastome noch Markzellentumoren sind, läßt Vortr. offen. Unter dem Material der II. Wiener Frauenklinik kann er ein Endotheliom neuerdings nicht mehr anerkennen.

J. Schottlaender (Wien): Demonstration eines doppelseitigen malignen Genitaltumors bei einem 9jährigen Kinde.

Kleiner Uterus arcuatus, subseptus, geschwulstfrei mit geschwulstfreien Tuben. Beiderseits mißbildete Eierstöcke. Der mediale Pol des linken läuft in einen Eierstocksgewebe führenden Strang aus, der unmerklich in tumorartig geblähtes, durchblutetes und entzündetes Ligamentgewebe (Stieldrehung!) übergeht; in letzterem nur relativ wenige Geschwulstbestandteile nachweisbar. Mit dem Ligamentgewebe steht ein großes, zum Teil zerfallenes Blastom in kontinuierlicher Verbindung, das mit dem Uterus durch ein kurzes, dickes Ligamentum proprium vereinigt ist. Rechts geht der laterale Pol des Eierstocks in einen entsprechenden Strang wie links über, und der Strang läuft in ein selbständig, nicht metastatisch entstandenes Blastom aus. Auch hier die Tube geschwulstfrei. Ein mit dem Blastom unlöslich verbundener Vorsprung, der entfernt von dem eigentlichen Eierstock liegt, besteht aus Eierstocksgewebe.

Das Blastom auch histologisch hochgradig malign, setzt sich aus teils soliden, teils drüsigen Räumen mit ein- und mehrschichtigem Zylinderepithel zusammen. Dazwischen finden sich Plattenepithelinseln, ferner links auch im Ligamentgewebe Horncysten. Im Gebiet des Eierstocksgewebes links und rechts zahlreiche Markstrangzellen teils zirkumskript angeordnet, teils diffus verstreut. Es handelt sich entweder um Markstrang- oder um mesonephrische Tumoren oder um Kombination. Eine sichere Entscheidung ist nicht zu treffen.

Pat. ist nach zweimaliger Operation der Erkrankung schnell erlegen.

Bab (Wien): Organotherapeutische Erfahrungen und Anwendung von Aphrodisiaca in der Gynäkologie.

Bericht über 155 Fälle von Pituitrinanwendung gegen gynäkologische Blutungen: volle Erfolge in 81,3%. In Behandlung kamen Blutungen bei Hypoplasie des Uterus, Blutungen ovariellen oder thyreogenen Ursprungs ohne anormalen Tastbefund, Metrorrhagien bei entzündlichen Affektionen, bei Myomen und Ovarialkystomen, und klimakterische sowie luetische Metrorrhagien. Effekt auch bei lang andauernden Blutungen; 11mal Verkürzung der Menstruationsdauer.

Amenorrhöe konnte in 22 von 36 Fällen behoben werden; hierbei wurden Ovarialtabletten, Subkutaninjektionen von Ovarialextrakt, Biovar und Thyreoidin verwandt, vor allem aber Aphrodisiaca (Muiracithin, Muira Puama, Damiana, Yohimbim, Oophorin-Yohimbim-Lezithintabletten). Letztere stellen eine wichtige Ergänzung der Organtherapie dar, indem sie das Genitale hyperämisieren, dadurch die Genitalfunktion heben und die innere Sekretion beeinflussen. Nebenwirkungen: Jucken am Genitale, erotische Träume, gelegentlich Nasenbluten; in manchen Fällen Kopfweh, Schwindel, Übelkeit. Meist sind Aphrodisiaca wirksame Mittel gegen Frigidität der Frau. Bezüglich der Libido wurden 22,6%

Digitized by Google

Frigide, 20,6% mit schwacher oder seltener Libido, 40,2% mit normaler, 16,4% mit starker Libido gezählt. Die Prozentzahlen für die Voluptas sind ähnliche, jedoch etwas mehr Frigide (26,8%). 13,8% sind bei Mangel an Libido und Voluptas »total frigid«. Frigidität fand sich nicht bei sonst völlig normalen Frauen, sondern stets vergesellschaftet mit zahlreichen, sehr verschiedenen Anomalien und Degenerationsmerkmalen (Hyper-, Hypotrichosis, Anomalien der Körpergröße, der Menstruation, des Stoffwechsels, Infantilismen, neuro- und psychopathische Symptome usw.). Mit Organpräparaten und mit Aphrodisiaca gelingt auch Besserung von Wallungen, von Menstruationsbeschwerden, Akrocyanose und Hebung des Allgemeinbefindens.

Hypophysenvorderlappenextrakt erzielte Beseitigung klimakterischer Beschwerden und bei einer Amenorrhoischen livide Verfärbung des Introitus und Auflockerung der Portio. Bei 2 osteomalakischen Pat. traten heftige Schmerzen auf.

Zirbeldrüse und Ovarium fördern sich möglicherweise innersekretorisch gegenseitig. Die Beobachtung einer Hyperämisierung des Genitales durch Pinealininjektionen (Zirbeldrüsenextrakt) führte zum Versuch, dieselben auch gegen Kraurosis zu verwenden. In dem einen bisher behandelten Falle schnelles Schwinden des seit 3 Jahren bestehenden quälenden Juckreizes und der grauweißlichen Hautverfärbung. Weitere diesbezügliche Beobachtungen müssen abgewartet werden.

Bab (Wien): Akromegalie und Ovarialtherapie.

Im Gegensatz zur hypophysären Therapie bei Osteomalakie ist bei Akromegalie eine ovarielle indiziert. Bericht über einen typischen Akromegaliefall mit Hypophysentumor, der in ausgedehntem Maße einer ovariellen Therapie unterworfen werden konnte. Anamnestisch Lues. Im Beginn der Erkrankung Amenorrhöe und psychisches Trauma. Später Menstruationen. Keine Störung der Vita sexualis. Keine Augenstörungen. Kein Saccharum. Vom Oktober 1911 an Darreichung von über 5200 Oophorintabletten à 0,3, täglich 15 Stück. Daneben Medikation von Muira Puama. Durch erhebliche subjektive Besserung, Leichtigkeit, Frische und Arbeitsfähigkeit der Pat. ermutigt, ging Vortr. vom 1. Dezember 1911 an dazu über, Subkutaninjektionen von je 2 ccm Ovarin zu verabreichen; 43 Injektionen bis November 1912. Einen Tag lang nach der Injektion Schläfrigkeit und ein zuckendes Gefühl in den Händen, Füßen und Gesicht, auch Hautjucken an Fingern, Handflächen, Nase und Kopf. Nach Ablauf dieser Reaktion frappanter Erfolg: Große Leichtigkeit im Kopf und Extremitäten, Gefühl des Wohlseins. Handschuhe und Schuhe bequemer, Haut der Handinnenfläche faltiger. Objektiv Verringerung des Zeigefingerumfangs um $^3/_4$ cm. Vom Oktober bis Juli keine Vergrößerung der Sellaausweitung, Verdickung ihrer Wände (Rückbildungsprozeß des Tumors?). Später stärkere Ausweitung nach vorn und unten. Kelledey ist also nicht der Erste, der den Ovarialextrakt therapeutisch verwandte. Überdies ist sein 1 Jahr später behandelter Fall vielleicht keine typische Akromegalie (Dystrophia adiposogenitalis?). (Zentralblatt für Gynäkologie 1913, Nr. 28.) Da ein Effekt der Ovarialtherapie vorlag, die Besserung aber stationär blieb und die Ovarialtherapie auch nicht ein ganzes Leben hindurch fortgesetzt werden kann, andererseits die nicht unbedingt indizierte endonasale Operation abgelehnt wurde: Transplantation von Osteomalakieovarien in subperitoneale paracervicale Taschen (7. XII. 1912). Erotische Träume, Pat. fühlt sich kräftig, wie »neugeboren«. Hautfalte zwischen Daumen und Zeigefinger schlaffer. Im Februar Darmbeschwerden, Feststellung einer vom Uterus gegen das Kreuzbein ziehenden Tumormasse. Laparotomie: Totalexstirpation

Digitized by Google

des hypertrophischen Uterus mit Adnextumoren. Inoperables, hochsitzendes Mastdarmkarzinom. Rasche Kachexie. Mai 1913 Exitus. Keine Obduktion. In den Ovarien ein größerer cystischer Follikel, sonst kein Follikelapparat. Noch eine zweite Pat. erhielt Ovarialtabletten, kombiniert mit Muiracithin und Thyreoidin. Vielleicht zu den Formes frustes der Akromegalie zählender Fall: Adipositas, breite Hände und Füße, weite Sella, Unregelmäßigkeiten der Periode. Wie diese Kranke hatte auch eine dritte Pat. auffallende, beinahe familiäre Ähnlichkeit mit der ersten Akromegaliepatientin. Bei dieser dritten vorübergehend: Zunahme um 25 kg, Amenorrhöe, Kopfweh, Sehstörungen, Vergrößerung der Hände und Füße; Finger myxödematös, Apathie, Fehlen der Corneal-Conjunctivalreflexe, rechtseitige Hypästhesie, Frigidität. Sella erweitert, Dorsum verdünnt. Nach spontanem Rückgang der Erscheinungen 3maliger Abort. Aufgabe ist es, solche auch eventuell transitorischen Fälle von »Akromegaloid« näher zu studieren und differentialdiagnostisch abzugrenzen. (Wird ausführlich in diesem Blatt erscheinen.)

Diskussionsbemerkung zum Vortrage von v. Graaf.

Fellner (Wien): Im Einklange mit den klinischen Erfahrungen, die doch ein stärkeres Wachstum des Karzinoms in der Schwangerschaft erkennen lassen, sah F. bei seinen Versuchen ein viel rascheres Wachstum des Mäusekarzinoms, wenn er den Lipoidextrakt aus der Placenta injizierte, im Gegensatz zu dem Lipoidextrakt aus anderen Organen.

Diskussionsbemerkung zum Vortrage von Stolper.

Otfried Fellner (Wien): Herr Stolper nimmt als Grundlage seiner Hyperemesistheorie eine Hyposekretion des Ovariums in der Schwangerschaft an. F. hat bereits an anderer Stelle den Nachweis dafür zu erbringen gesucht, daß die Sekretion des Ovariums in der Schwangerschaft mindestens in gleicher Stärke wie außerhalb der Schwangerschaft fortbesteht. Die heute von F. demonstrierten Präparate, welche zeigen, daß die Injektionen von Extrakten aus trächtigen Ovarien auch beim kastrierten Tiere die gleichen Veränderungen am Uterus und Mamma hervorrufen wie die Extrakte aus Ovarien nicht trächtiger Tiere, beweisen die Fortdauer der Sekretion des Ovariums während der Schwangerschaft. Gerade hinsichtlich des Zuckerstoffwechsels zeigt es sich, daß die Injektion von Extrakten aus Ovarien trächtiger Tiere ebenso die Adrenalinglykosurie aufzuheben vermag wie die Injektion von Extrakten aus Ovarien nicht trächtiger Tiere. Wenn klinische Erscheinungen auf eine Hyposekretion des Ovariums bei Graviditätstoxikosen hinweisen, so kann es sich nur um eine pathologische Hyposekretion handeln, die F. schon in einer früheren Arbeit eventuell für die Graviditätstoxikosen verantwortlich machte.

Diskussionsbemerkung zum Vortrage von Hermann.

Otfried Fellner (Wien): Wie schon Herr Hermann hervorhob, gelang es F., den experimentellen Nachweis dafür zu erbringen, daß in Ovarium und Placenta, ferner auch in Eihäuten, eine in Alkohol und Äther, dann auch in Azeton lösliche Substanz, also jedenfalls ein Lipoid vorhanden ist, welche Brunst- bzw. Graviditätserscheinungen an Mamma, Uterus und an der Scheide usw. hervorruft. Daß in F.'s Versuchen die Resultate der Injektionen viel stärkere waren als in den Versuchen Hermann's, dürfte zum Teil auf die Art der Injektion und die Menge des Injektionsmateriales zurückzuführen sein, zum Teil darauf, daß wie F.'s derzeitige Versuche erweisen, zum mindesten zwei Lipoide in der Placenta enthalten sind, welche chemisch different sind und verschiedene Wirkungen haben. Das eine Lipoid, welches geringere Veränderungen an Uterus und Mamilla hervorruft,

Digitized by Google

dürfte mit dem von Hermann rein dargestellten identisch sein. F. demonstriert zugehörige Präparate.

Diskussion zu Adler.

Theilhaber (München) macht Prioritätsansprüche für sich geltend.

L. Fraenkel (Breslau): Theilhaber und Harthje haben jeder für sich und unabhängig von Hitschmann und Adler menstruelle Veränderungen der Uterusschleimhaut erkannt, aber ausschließlich den letzteren Autoren gebührt das Verdienst, diese Erkenntnis in Form einer allgemeinen, sofort verständlichen Lehre gekleidet und mit dem alten Begriff der Endometritis glandularis aufgeräumt zu haben. Erst durch sie haben wir gelernt, das Physiologische vom Pathologischen zu unterscheiden. Hunderte von Nachuntersuchungen, mit denen ich sofort begonnen habe, seitdem Hitschmann mir persönlich von seiner Entdeckung Kenntnis gegeben hatte, haben mich im Laufe der Jahre überzeugt, daß die Hitschmann-Adler'sche Lehre uneingeschränkt richtig ist. Man muß nur bei Nachprüfung sozusagen den Blick auf das Ganze gerichtet haben und nicht bei irgendeiner kleinen Stelle des mikroskopischen Gesichtsfeldes hängen bleiben, auch nicht an Fällen mit pathologischen Blutungen die angeblich gefundene Menstruationsphase ohne weiteres mit der Anamnese in Einklang bringen wollen. Unsere Befunde werden demnächst in einer aus meiner Klinik erscheinenden Dissertation mitgeteilt werden. John Miller hat gesagt, daß ich auf Grund des Corpus-luteum-Gesetzes die menstruellen Phasen der Uterusschleimhaut hätte voraussagen müssen. Damit hat er vollkommen recht, und niemand bedauert mehr als ich, daß ich diese letzte Konsequenz nicht selbst gezogen habe.

Hitschmann (Wien): Uns — Adler und mir — sind Prioritätsstreitigkeiten sehr peinlich; wir haben deshalb Herrn Theilhaber bisher nie erwidert, obzwar sich wiederholt dazu Veranlassung ergeben hätte. Wir konnten dies um so leichter unterlassen, als Albrecht die Prioritätsansprüche Theilhaber's uns gegenüber in der Münchener gynäkologischen Gesellschaft sehr energisch zurückgewiesen hat. Uns schien die Sache damit erledigt. Heute kommt Herr Theilhaber wieder mit denselben Ansprüchen; es ist bei der Kürze der Zeit, die den Diskussionsrednern bestimmt ist, gar nicht möglich, auf einzelne Punkte einzugehen, und so fasse ich meine Erwiderung summarisch dahin zusammen, daß ich alle Prioritätsansprüche Theilhaber's auf das entschiedenste ablehne. Wir werden dies bei passender Gelegenheit ausführlich begründen. Wer sich für den Sachverhalt interessiert, der lese die betreffenden Protokolle der Münchener gynäkologischen Gesellschaft durch und vergleiche unsere Arbeiten mit denen Theilhaber's. Ein objektives Urteil zu fällen dürfte dann wohl niemandem schwer fallen.

Diskussion zu Cohn.

Schottlaender (Wien): Es unterliegt keinem Zweifel, daß die cystische Degeneration von Corpora lutea sehr häufig vorkommt und in gewissem Sinne als normal betrachtet werden muß. Allein ich möchte, obwohl eine scharfe Grenze nicht zu ziehen ist, davon die eigentlichen Luteincysten getrennt wissen, die ich als pathologisch ansehe.

Digitized by Google

I.

Aus der geburtshilflich-gynäkologischen Abteil. des allgemeinen Landeskrankenhauses in Lemberg.

Ein weiterer Beitrag zur Beurteilung des Wertes des von mir angegebenen Frühsymptoms der Extrauteringravidität.

Von

Prof. Dr. A. Solowij, Lemberg.

Vor zwei Jahren ist es mir gelungen ein wertvolles Frühsymptom der Extrauteringravidität in zwei Fällen festzustellen. Dasselbe besteht[1] darin, daß, wenn bei der ersten Untersuchung eines auf Extrauteringravidität verdächtigen Falles der Douglas'sche Raum vollkommen frei gefunden worden war, jede spätere Veränderung der Resistenz desselben zugunsten der Diagnose der Extrauteringravidität spricht.

Meine Beobachtung fand bald eine Bestätigung von seiten G. Bertolini's[2]. Da aber dieses Symptom nur relativ selten einwandfrei festgestellt werden kann, ist es angezeigt, jede weitere Beobachtung zur Kenntnis zu bringen, um so mehr, wenn sie auch unter erschwerenden Verhältnissen festgestellt werden kann. Einen derartigen Fall habe ich vor kurzem zu beobachten Gelegenheit gehabt.

J. K. aus Stryj (Galizien) hat einmal normal geboren und zweimal abortiert. Vor einigen Jahren ist sie wegen ausgetragener Bauchhöhlenschwangerschaft laparotomiert worden. Die Rekonvaleszenz war durch Fistelbildung und Entleerung von Darminhalt durch die Bauchdecken längere Zeit hindurch gestört. Schließlich vollständige Ausheilung der Kotfistel; es verblieb aber nach derselben eine ausgebreitete Ventralhernie.

Menstruation regelmäßig, zuletzt am 16. Juni l. J. Am 5. Juli Abgang von mäßiger Menge Blut aus dem Genitale. Eine Woche später wiederholt sich die Blutung, dauert aber nur ein paar Tage. Vor 3 Tagen erneuert sich die Blutung aus dem Genitale, gleichzeitig treten Schmerzen in der linken unteren Bauchgegend auf. Vor 24 Stunden soll eine kleine Blase aus der Gebärmutter abgegangen sein. —

Befund am 2. August: Zwischen Nabel und Schoßfuge eine Narbe nach überstandener Laparotomie, deren obere Hälfte hernienartig erweitert ist. Die Gebärmutter ein wenig vergrößert, anteflektiert und nach links verschoben. Neben der Gebärmutter fühlt man im rechten Parametrium eine teigige Resistenzvermehrung. Der Douglas'sche Raum vollständig frei. Ziemlich reichlicher Blutabgang aus der Gebärmutter.

Diagnose: Tubargravidität.

Die Kranke wurde zur Beobachtung aufgenommen. Optische Blutprobe Abderhalden's negativ.

Da wir an einer großen Reihe sowohl intrauteriner wie sicher extrauteriner Schwangerschaftsfälle bisher immer positives Resultat der Blutprobe Abderhaldens erhielten, machte uns das negative Ergebnis in diesem Falle stutzig. Wir beschlossen deshalb, den Fall weiter zu beobachten. Am 17. August konnten wir feststellen, daß im rechten Parametrium eine wesentliche Veränderung vorgegangen ist, indem dort ein deutlich hühnereigroßer Tumor mit stark gespannten Wänden tastbar ist.

---

[1] Zentralblatt f. Gynäkol. 1912. Nr. 5. [2] Ibid. Nr. 17.

Digitized by Google

19. August wird weitere Vergrößerung des Tumors im rechten Parametrium festgestellt, gleichzeitig aber fühlt man im Douglas'schen Raum eine teigige Resistenzvermehrung, wie sie dem frühesten Stadium des Beginnes der ersten Blutansammlung entspricht.

20. August Laparotomie. Nach Eröffnung der Bauchhöhle findet man im Douglas'schen Raum etliche kleine Blutgerinnsel, rechts über ihnen die rechte gravide Tube, welche nahe von ihrem Abdominalende ein hühnereigroßes Ei enthält. In der Nähe des Abdominalendes der Tube befindet sich in der Tubenwand eine kleine Öffnung, durch welche das Blut heraussickert. Die Blutgerinnsel des Douglas'schen Raumes haben diese Öffnung gewissermaßen tamponiert, sonst wäre es schon zu einer viel größeren Blutansammlung im Douglas gekommen. Als Folge der ersten vor etlichen Jahren überstandenen Extrauteringravidität und Laparotomie fand man die rückwärtige Wand der Gebärmutter an das Colon sigmoideum angewachsen, gleichzeitig Verwachsungen des Colon mit dem Dünndarm oberhalb der Gebärmutter und als Fortsetzung derselben eine breite Verbindung mit der Bauchhernie. Nach keilförmiger Exzision der rechten Tube aus dem rechten Gebärmutterhorn, sorgfältige Vernähung desselben mit einigen Knopfnähten und fortlaufender dünner Catgutnaht des Peritoneums bis zum Infundibulum. Darauf wurde die ganze ausgedehnte Bauchnarbe herausgeschnitten, und die Bauchdecken wurden mit Etagennaht vereinigt. Glatter Verlauf. Am neunten Tag Verbandwechsel und Entfernung der Hautnaht. Am 16. Tag steht die Kranke auf und wird 2 Tage später gesund entlassen.

Dieser neue Fall ist deshalb bemerkenswert, weil im Laufe der Beobachtung ein deutliches Auftreten meines Frühsymptoms der Extrauteringravidität im Douglas'schen Raum festgestellt werden konnte, trotzdem der negative Ausfall der optischen Blutprobe Abderhalden's die Extrauteringravidität auszuschließen schien. Um so höher also ist hier die Konstatierung dieses Frühsymptoms der Extrauteringravidität zu bewerten, weil bis dahin unsere sämtlichen Blutproben bei Anwesenheit von Extrauteringravidität positiv ausfielen, folglich die negative Blutprobe die Diagnose der Extrauteringravidität erschüttern mußte.

Es ist nur zu bedauern, daß dieses wertvolle Frühsymptom nicht überall bei Extrauteringravidität beobachtet werden kann, denn es ist klar und selbstverständlich, daß es nur dort festgestellt werden kann, wo während der ersten Untersuchung dem Douglas'schen Raum gehörige Aufmerksamkeit geschenkt und derselbe sicher vollständig frei gefunden wurde. Gleichfalls kann dieses Fruchtsymptom nur dort der Aufmerksamkeit nicht entgehen, wo die Kontrolle des Douglas'schen Raumes permanent, also mindestens einmal in 24 Stunden ausgeübt wird, sonst kann es leicht passieren, daß der richtige Augenblick zur Feststellung verpaßt wird. Denn man muß sich klare Rechenschaft davon geben, daß dieses Frühsymptom oft nur ein vorübergehendes ist und dadurch entsteht, daß das Blut in den Douglas'schen Raum erst in den minimalsten Mengen langsam zu sickern und die allerkleinsten Gerinnsel zu erzeugen beginnt. Die Verwachsungen im Douglas sowie zwischen der Tube und dem Peritoneum des Douglas spielen dabei gewiß auch eine wichtige Rolle, denn sie wirken größerer Blutansammlung entgegen und verhindern wenigstens bis zu einer gewissen Zeit die Entstehung einer größeren oder kleineren, schon typischen Hämatokele retrouterina.

Digitized by Google

II.

Ein seltener Fall von Ruptura perinei.

Von

Dr. med. C. Metzlar in Apeldoorn (Holland).

Bei einer Erstgebärenden präsentierte sich das Kind in linker Hinterhauptslage, mit der kleinen Fontanelle nach vorn; der Kopf bis in die Rima vorgerückt. Nach und nach fing der Damm an, sich vorzuwölben, während der After stark zu klaffen begann. Die Gebärende lag auf dem Rücken, mit weit gespreizten, im Hüftgelenk abduzierten und flektierten Beinen (»Lage von Jonges«). Es ward mir bald klar, daß ein Riß schwer zu umgehen sein würde. In der Absicht, diesen möglichst klein zu gestalten, hatte ich eben seitliche Einschnitte gemacht, als auf einmal, wie ich meinte aus dem After, eine Hand und eine Nabelschnurschlinge vorfiel. Während ich noch nachsann, wie ich der drohenden Totalruptur vorbeugen möchte, zerriß der ganze Damm, so daß eine weitklaffende Wundhöhle entstand.

Als ich aber nach der Geburt des Kindes zur Naht schreiten wollte, und die Mutter in Steißrückenlage gebracht worden war, konstatierte ich, daß der Fall sich anders verhielt, wie ich mir gedacht hatte. Der Afterring war allein intakt geblieben: sonst war der ganze Damm zerrissen. Es hatte der Riß also am äußeren Rande des Analringes angefangen, und durch die hier entstandene Öffnung hatte ich Hand und Schnur hervorfallen sehen, während einige Sekunden später der weitere Riß von hinten nach vorn erfolgte.

Fälle wie der hier mitgeteilte scheinen sehr selten zu sein. Ich habe unter etwa dreitausend Geburten etwas ähnliches niemals zu sehen bekommen. v. Winckel, in seinem Handbuch (III, 2. p. 100), sagt: »Es kann auch geschehen, daß die Dammhaut vor dem Anus quer einreißt. Im weiteren Verlauf des Durchtrittes des Kopfes kann dann außerdem der vordere Teil des Dammes zentral einreißen, und von hier aus sich weiter nach vorn hin durch das Frenulum erstrecken, während der zuerst entstandene Riß vor dem Anus nicht erreicht wird; oder es kann, nach erfolgtem halbmondförmigem Einriß vor dem Sphinkter ani, der Damm vom Frenulum her sagittal einreißen; oder es kann auch der Damm fast gar nicht einreißen.«

Wie aus der Literatur ersichtlich ist, gibt es bei solchen seltenen Formen von Dammruptur noch ziemlich viel verschiedene Unterarten. So erlebte es F. Engelmann (Zentralblatt f. Gyn. 1900, p. 1225), erst nach der Niederkunft der Frau zugezogen, daß er ganz dicht vor dem After eine kleine, unregelmäßige Wundöffnung fand, durch welche das Kind geboren war. Es gibt über dieses Thema eine ziemlich reiche Kasuistik, doch halte ich es nicht für angebracht, darauf an dieser Stelle näher einzugehen.

III.

Über die zwanglose Vereinigung zur Förderung der Wöchnerinnenasyle und ihrer sozialhygienischen Bestrebungen.

Von

Dr. Emil Ekstein, Teplitz.

Am 13. Mai 1913, am Vortage der Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie, am Tage des Exodus der klinischen Vorstände aus der Ver-

Digitized by Google

einigung zur Förderung des deutschen Hebammenwesens, erfolgte die Konstituierung einer zwanglosen Vereinigung zur Förderung der Wöchnerinnenasyle und ihrer sozialhygienischen Bestrebungen, zu deren Vorsitzenden Dr. Brenneke gewählt wurde[1]. Der Name Dr. Brenneke's, des Begründers der sozialhygienischen Bestrebungen auf dem Gebiete der Geburts- und Wochenbettshygiene, wäre vollauf genügend, die Aktualität und Notwendigkeit genannter Vereinsgründung zu motivieren, wenn eben nicht ganz bestimmte Begleitumstände gegen diese Neugründung sprechen würden.

In erster Reihe wird jedem Eingeweihten unwillkürlich diese Neugründung als gegen die Vereinigung zur Förderung deutschen Hebammenwesens gerichtet erscheinen müssen — wenn es auch gar nicht beabsichtigt — um so mehr, als sich dieselbe in dem Momente vollzog, wo der bereits diskutierte Exodus der Klinischen Vorstände aus der Vereinigung zur Förderung deutschen Hebammenwesens in Erscheinung trat.

Gehört die »Vereinsgründung« mit zu den pathognomonischen Zeichen des Deutschen und hat dieselbe auch schon vieles Gute geschaffen, so kann doch der Gedanke nicht unausgesprochen bleiben, daß auf der einen Seite ein gewisser Partikularismus durch diese Vereinsgründungssucht im sozialen wie im wissenschaftlichen Leben von jeher gezeitigt wurde, während auf der anderen Seite heute schon bereits eine gewisse Ermüdung gegenüber den so zahlreichen Vereinen Platz gegriffen hat. Ich verweise hier lediglich auf die zahlreichen wissenschaftlichen Vereinigungen, welche durch die Spezialisierung unserer Wissenschaft ihre Erklärung finden und kann es verstehen, daß es für jeden Arzt, der seinen Beruf noch als Wissenschaft auffaßt, bereits oft ungemein schwer ist, seinen Vereinsverpflichtungen nachzukommen.

Für den vorliegenden Fall muß ja von vornherein zugegeben werden, daß die Geburts- und Wochenbettshygiene ein sehr großes Arbeitsfeld bietet, dessen rationelle Bebauung vor 11 Jahren durch die Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens inauguriert wurde. Es muß auch zugegeben werden, daß die bisherigen praktischen Erfolge der sechs Tagungen dieser Vereinigung in diesen 11 Jahren ihres Bestandes nicht gerade nennenswert sind und die Beratungen mehr minder akademischen Charakter aufwiesen. Die Förderung des Hebammenwesens, die nicht den kleinsten Appendix der Förderung der Geburts- und Wochenbettshygiene bildet, hat zwar bei der Übereinstimmung mit der Titelführung der Vereinigung bislang stets allein auf der Tagesordnung der Beratungen gestanden, was vielleicht als tendenziös und spezifisch für die Vereinigung aufgefaßt werden kann; allein, wenn das Herz voll, dann geht der Mund über!

Leider bildet gerade das gesamte Hebammenwesen das Kulturkuriosum des XX. Jahrhunderts auf medizinischem Gebiete, einen toten Punkt in der ständigen wissenschaftlichen Aufwärtsbewegung unserer Geburts- und Wochenbettshygiene, über den hinauszukommen vielleicht noch Jahre nötig sein werden, falls eben die hohe Staatsregierung nicht versuchen wird, energisch Wandel zu schaffen und die einheitliche Neuorganisation des Hebammenwesens durchzuführen. Mehr einschlägige Wünsche und Winke, mehr wissenschaftlich einwandfreie und praktisch leicht durchzuführende Vorschläge zur Beseitigung dieser veralteten Daseinsform sind wohl auf keinem anderen Gebiete gegeben worden.

Ist man doch in fachwissenschaftlichen Kreisen eines Sinnes, daß mit einem intelligenten und wissenschaftlich auf der Höhe befindlichen geburtshilf-

[1] Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 35.

Digitized by Google

lichen Beistand die Modernisierung der Geburts- und Wochenbettshygiene steht und fällt. Aus diesem Grunde muß die Gründung dieser neuen Vereinigung selbst unter Führung Dr. Brenneke's als nicht zeitgemäß betrachtet werden. Vereint zu marschieren und vereint die hohe Staatsregierung aus ihrer passiven Resistenz herauszubringen, muß hier erste Aufgabe bleiben. Ist dies Ziel erreicht, besitzen wir ein auf der Höhe stehendes Hebammenwesen, dann kann der nächste Schritt getan werden und der Förderung der Wöchnerinnenasyle mit ihrer ganz wesentlichen sozialhygienischen Bedeutung, sowie den übrigen Fragen der ganzen Geburts- und Wochenbettshygiene näher getreten werden. Es wird gewiß nur mit Freuden begrüßt werden, wenn sich alle diejenigen, welche sich der Neugründung Dr. Brenneke's angeschlossen haben, als Fraktion in der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens zusammenschließen würden und dem Vorstande der Vereinigung, der für alle Wünsche seiner Mitglieder bislang die größte Loyalität an den Tag legte, die Anregung geben würden:

1) Die Zeit der Tagungen auf mindestens 2 Tage zu verlängern;

2) Neben dem Hauptthema der Tagung Vorträge aus den verschiedenen Gebieten der Geburts- und Wochenbettshygiene auf die Tagesordnung zu setzen.

Die zwanglose Vereinigung zur Förderung der Wöchnerinnenasyle soll daher als eine Demarche dem Vorstande der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens erscheinen, um zu dokumentieren, daß neben der Lösung der Hebammenfrage auch noch andere wichtige Fragen der Geburts- und Wochenbettshygiene der Hausgeburten zu lösen sind, und daß es in Rücksicht auf die hohe Aktualität dieser zahlreichen Fragen im Interesse des Bestandes der Vereinigung gelegen ist, eine innere Reorganisation der Vereinigung zu bewirken, welche diesen Anforderungen Rechnung trägt.

Neue Bücher.

1) **H. Freund (Straßburg). Gynäkologische Streitfragen.** Stuttgart, F. Enke, 1913.

Die Monographie ist W. A. Freund gewidmet.

I. Herzfehler und Schwangerschaft.

F. wendet sich besonders gegen das von Fromme auf dem letzten Gynäkologenkongreß erstattete Referat und gegen die Schlüsse, welche er aus den Statistiken von Schauta-Fellner und Jaschke gezogen hat. Er hält die dem Referat zugrunde liegenden Berechnungen für falsch und den Versuch, die Bedeutung der Herzfehler für die Gravidität auf Grund modifizierter Statistiken entscheiden zu wollen, überhaupt für verfehlt. Fromme hatte 2130 Fälle mit 11,46% Mortalität zusammengestellt, bezeichnete aber als wirkliche Mortalitätsziffer 1,64%, da sechs Siebentel aller Herzfehler nicht diagnostiziert würden; er erklärt infolgedessen die Gefahren bei Zusammentreffen von Herzfehler und Gravidität für relativ gering. F. betont, daß die anatomisch-klinische Forschung ein zuverlässigeres Urteil als die Statistik ermöglicht, und daß es durchaus notwendig ist, die komplizierten und schlecht kompensierten Herzfehler einerseits und die nicht komplizierten und kompensierten andererseits gesondert zu beurteilen. Daß bei der letzten Gruppe die Gefahr gering ist, wissen wir. Eine brauchbare Statistik über die andere Gruppe existiert aber nicht. Komplikationen jeder Art erhöhen die Gefahr beträchtlich. F. hat 52 Fälle; davon 24 kompensiert, ohne Mortalität. Von den 28 anderen sind 8 = 15,3% gestorben, 4 verlegt. Die primäre Mortalität ist zudem nicht das allein Entscheidende; nach

Digitized by Google

dem Wochenbett können, was in Halle schon Küstner betonte, schwere Spätfolgen auftreten.

II. Die Appendicitis bei Frauen.

Die anatomischen Forschungen und die klinisch-operativen Beobachtungen über die Beziehungen zwischen Erkrankungen des Wurmfortsatzes und den rechtseitigen Adnexen haben zu sehr verschiedenen Resultaten geführt. Bei Übergreifen von Entzündungen von einem zum anderen Organ handelt es sich gewöhnlich um Kontaktinfektion, die durch abnorme Länge des Wurmfortsatzes, Coecum mobile, Enteroptose, große Adnextumoren, abnorme Hochlagerung der Adnexe oder Adhäsionen vermittelt wird. Adhäsionen der Appendix an Tumoren des Eierstocks und Eileiters ohne Vermittlung einer Entzündung kommen häufig vor (13 Fälle). Pankow hat behauptet, daß in 66,6% aller gynäkologischen Fälle der Wurmfortsatz mitbeteiligt ist, wenn auch oft nur mikroskopisch erkennbar (Aschoff). F. hatte unter 223 Operationen bei entzündeten Adnexen in 6,7% eine Appendicitis. Der von Aschoff anatomisch umgegrenzte Krankheitsbegriff deckt sich nicht mit der klinischen Appendicitis. F. entfernt nur die makroskopisch erkrankte Appendix, wozu auch Adhäsionsbildung gerechnet wird. Die Furcht vor späteren, primären Anfällen gibt keine wissenschaftliche Indikation zur Exstirpation, wenn auch der damit begründete Radikalismus der prinzipiellen Appendixexstirpation bei der heutigen operativen Sicherheit unbedenklich erscheint. In der Schwangerschaft wird die Frühoperation befürwortet und auch bei chronischer Entzündung und im Intermediärstadium sobald als möglich zur Operation geraten. Schwere, akute Fälle in der Gravidität geben keine absolut schlechte Prognose (ein Fall: Kaiserschnitt bei Blasenmole, im Anschluß daran Appendektomie bei beginnender Peritonitis, Heilung).

III. Operation und Röntgenbestrahlung der Myome.

Die Grenze zwischen operativer und Strahlentherapie der Myome ist noch nicht definitiv gezogen. F. berichtet summarisch über 500 peritoneale Myomoperationen mit einer Mortalität von 3,4% und führt aus, warum 290 dieser Fälle auch bei dem jetztigen Stand der Röntgentherapie nur für die operative Behandlung geeignet gewesen wären. Bei jugendlichen Myomkranken (20—30 Jahre) kommt die Bestrahlung überhaupt nicht in Betracht. Bei Frauen, die die Menopause schon erreicht haben, sind die manchmal rasch wachsenden Tumoren dem trophischen Einfluß der Ovarien schon entrückt. Für das Alter zwischen 30 und 40 Jahren paßt die konservative Myomotomie mit Erhaltung wenigstens eines Eierstockes besser als die Röntgenkur, ebenso für Myome in der Gravidität und im Wochenbett. Liegt die Indikation in besonderer Größe des Tumors oder in durch ihn ausgelösten Schmerzen, so muß die Entscheidung über blutige oder unblutige Therapie von Fall zu Fall getroffen werden, ebenso bei submuköser oder intraligamentärer Entwicklung, sowie bei Cervixmyomen. Nekrotisch erweichte und Adenomyome sind besser zu operieren. Zweifellos maligne Degeneration wurde in 31 Fällen = 7,1% festgestellt; vier dieser Frauen standen zwischen dem 30. und 40. Jahr. Es wäre nicht undenkbar, daß auch durch Röntgenstrahlen erfolgreich behandelte Myome, die keine Blutungen mehr machen, später bösartig degenerieren. Besonders wichtig sind die bei Myomen vorkommenden Komplikationen: Inkarzerationen des Uterus oder Tumors im kleinen Becken, Verkalkung, Lungentuberkulose, Herzkrankheiten, Prolaps usw. Die Hauptgruppe der komplizierten Fälle umfaßt die neben Myomen anzutreffenden Adnextumoren und Neubildungen anderer Organe (74 Fälle). Die Klärung der Indikationsstellung für alle komplizierten Myome scheint besonders wichtig. Bisher

Digitized by Google

ist die operative Behandlung das beste Verfahren und die Strahlenbehandlung paßt, wenn man auch die soziale Lage, den Wunsch der Kranken u. a. berücksichtigt, höchstens für ein Drittel aller Fälle. Stoeckel (Kiel).

2) **De Lee (Chicago). The principles and practice of obstetrics.** Philadelphia-London, W. B. Saunders, 1913.

Das Buch verdient die größte Anerkennung. Daß es von einem Geburtshelfer mit sehr reichlicher Erfahrung und mit außergewöhnlich großem Lehrtalent verfaßt ist, beweisen Text und 913 sehr schöne Illustrationen. An letztere stellen wir ja heute hohe, man kann sagen verwöhnte Anforderungen — in geburtshilflichen Lehrbüchern mit Recht besonders hohe. Die Abbildungen sollen so gut sein und sollen das Wesentliche des zu Erläuternden so stark hervortreten lassen, daß das Auge gefesselt und der Lesende zum genaueren Studium nach einem raschen Blick auf ein überzeugend wirkendes Bild direkt gereizt wird. Als Beispiele für eine derartig zwingende, didaktische Bildwirkung sei die Wiedergabe der verschiedenen Blutstillungsmethoden in der Nachgeburtsperiode, des wandernden Zangenlöffels, des fötalen Kreislaufs, der »Kollision« der Zwillinge, der Eröffnung eines Douglasabszesses herausgegriffen. Man übertreibt nicht, wenn man fast alle Bilder, von denen nur wenige aus anderen Werken (Bumm-Blumreich, Kownatzki, Breus-Kolisko u. a.) übernommen sind, als tadellos bezeichnet. Der Verfasser steht in seiner geburtshilflichen Auffassung unseren Ansichten sehr nahe, wenngleich natürlich auch manche Abweichungen, insbesondere bei den geburtshilflichen Operationen auffallen. So wird z. B. die Cervixtamponade als wehenerregendes Mittel bei der normalen Geburt abgebildet, auf den oberen Fuß bei dorsoposterioren Querlagen gewendet, für gewisse Fälle nach der Geburt des Kopfes in Schädellage das Herausholen des hinteren Armes anempfohlen. Aufgefallen sind mir auch die verschiedenartigen Rotationsversuche durch kombinierte Handgriffe, z. B. zur Umwandlung von dorsoposterioren in dorsoanteriore Hinterhauptslagen und am nachfolgenden Kopf. Der »hohen« Zange wird scheinbar ein weiteres Feld eingeräumt, als wir es den Studenten und praktischen Ärzten raten. Auch in der Empfehlung der Nabelschnurreposition und der Luftinsufflationen bei Asphyxie des Kindes werden manche von uns anderer Ansicht sein. Die Massage der Brüste wird sehr eingehend besprochen und illustriert. Das Bild von Semmelweiß, das in den deutschen Lehrbüchern nie zu finden ist, wirkt sehr erfreulich. Die Extrauteringravidität könnte in der nächsten Auflage besonders in differentialdiagnostischer Hinsicht vielleicht etwas ausführlicher behandelt werden, und die Hydrorrhoea amnialis verdient wohl eine illustrative Erläuterung. Das ganze Werk ist so durch und durch gediegen, daß es den besten Werken unserer Literatur angereiht werden darf.

Stoeckel (Kiel).

Berichte aus gynäkologischen Gesellschaften.

3) Gesellschaft für Geburtshilfe u. Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung vom 14. März 1913[1].

Vorsitzender: Herr Bumm; Schriftführer: Herr P. Strassmann.

Vortrag von Herrn R. Schaeffer: Statistische Beiträge zum Geburtenrückgang in Deutschland.

Vortr. hat das Material seiner gynäkologischen Poliklinik der letzten 16 Jahre, im ganzen 7300 weibliche Personen über 16 Jahre (5200 Verheiratete, 2100 Un-

[1] Verspätet eingesandt.

Digitized by Google

verheiratete) zu einer statistischen Arbeit benutzt. Es wurden zwei je 8 Jahre umfassende Serien hergestellt und miteinander verglichen. Es zeigte sich, daß der Geburtenrückgang bei den Verheirateten und die Geburtenzunahme bei den Unverheirateten genau dasselbe Verhältnis ergab wie in den staatlichen Statistiken. Bei einer Einteilung nach Altersstufen ergab sich, daß der Geburtenrückgang nicht nur stetig, sondern in arithmetischer Progression erfolgt. Bei einer Einteilung nach der Zahl der vorangegangenen Geburten ergab sich, daß bei den Weniggebärenden (0—2 vorausgegangenen Geburten) eine kleine Zunahme zu konstatieren ist, d. h.: Nicht das Kinderbekommen, sondern das Viel-Kinderbekommen hat abgenommen.

Die Aborte wiesen in der Gesamtheit nur eine minimale (0,21%) Zunahme auf, bei den Verheirateten sogar eine Abnahme von 2,2%. Diese Feststellung steht im starken Widerspruch mit der allseitig behaupteten enormen Zunahme der Aborte in der letzten Zeit. Diese allseitig aufgestellte Behauptung beruht auf einer Verwechslung zwischen den zur Behandlung gekommenen mit den stattgehabten Aborten, was Vortr. ausführlich nachweist. Allerdings haben die Aborte im Laufe von etwa 30—40 Jahren im Verhältnis von 49 : 100 zugenommen; im letzten Jahrzehnt aber entschieden abgenommen, und zwar, wie Vortr. an seinen Tabellen ausführlich nachweist, durch Zunahme der Konzeptionsunlust. Diese Konzeptionsunlust ist auch der wichtigste Grund, wie er statistisch aus seinen Zahlen nachweist, für die Geburtenabnahme. Die Abortzunahme ist hierfür nicht entscheidend. Das Verhältnis von Geburten zu Aborten hat sich im Laufe von 30—40 Jahren verwandelt aus einem Verhältnis von 100 : 9 in ein solches von 100 : 34. Weil die zunehmende Konzeptionsunlust der ausschlaggebende Grund für die Geburtenabnahme ist, hat der Staat, wenn er der Geburtenabnahme steuern will, der Konzeptionsunlust durch Erleichterung der Aufzucht der Nachkommenschaft besonders bei kinderreichen Familien entgegenzutreten.

Diskussion: Herr E. Martin hat ebenfalls beobachtet, daß die Geburten ab- und die Aborte zunehmen. Nach seinen Erfahrungen berechnet er eine Wirtschaftsbilanz des Arbeiters im Norden Berlins, die mit einer Einnahme von 2080 Mk. und mit einer Ausgabe von 2180,60 Mk. abschließt. Die fehlenden 100 Mk. müssen im großen und ganzen von der Nahrung und der Kleidung wieder abgespart werden. Diese Leute können mit scheinbarem Recht nicht mehr als zwei Kinder halten. Die vielen Aborte im Norden Berlins sind auf Abtreibungen zurückzuführen, besonders auf die Intrauterinstifte hausierender Frauen. M. betont zum Schluß noch einmal, daß in den ganz armen Arbeiterkreisen die Geburtenzahl nicht abnimmt.

Herr Heymann kommt auf Grund seiner Notizen über 2300 verheiratete Frauen ebenfalls zu dem Resultat, daß innerhalb von 12 Jahren die Zahl der Konzeptionen zurückgegangen ist, daß aber keine erhebliche Vermehrung der Aborte im Verhältnis zu den Konzeptionen eingetreten ist.

Herr Gottschalk bemängelt, daß der Herr Vortr. auch die Nulliparen mit den Frauen, die 1 bis 2 Geburten hatten, gemeinsam rubrizierte. Dadurch würde das statistische Ergebnis nicht einwandsfrei. Wenn Herr E. Martin den Rückgang der Geburten als Folge des Notstands hingestellt hat, so muß G. demgegenüber betonen, daß die Geburtenzahl zweifellos auch in besser situierten Kreisen zurückgegangen ist. Gesteigerte Ansprüche an das soziale Leben sprechen hierbei mit. G. hat den Eindruck gewonnen, als ob die moderne Frauenbewegung in ihrer extremeren Richtung dem Kindersegen nicht förderlich ge-

Digitized by Google

worden sei. Man müsse sich bei der ursächlichen Forschung auch fragen, ob nicht eine Zunahme von Erkrankungen, die erfahrungsgemäß die Fruchtbarkeit herabsetzen oder unmöglich machen, zu beobachten sei, vor allem also, ob nicht die Gonorrhöe zugenommen habe. Wenn Herr Schaeffer aus seinem poliklinischen Material keine Zunahme der Aborte habe feststellen können, so gebe G. zu bedenken, inwieweit dieses Ergebnis durch örtliche poliklinische Verhältnisse beeinflußt sein könne, wofür G. aus seiner eigenen Erfahrung Belege anführt. Poliklinisches Material allein könne die Frage bezüglich der Zunahme der Aborte nicht beantworten, wir müßten eine Statistik haben über die Zahl der Aborte im allgemeinen. Nach G.'s Überzeugung würde sie eine stetige Zunahme der Aborte ergeben.

Herr P. Strassmann: Die antikonzeptionellen Mittel sind nicht die Ursache, sondern nur eines der Mittel des Geburtenrückganges. Zu der leider gewollten Beschränkung der Kinderzahl werden eine große Anzahl von Mitteln und Wegen angewendet. Meist wird mit Irrigator und Spülung der »Schutz« erreicht. Die immer gefährlichen Uterusstifte müssen verboten werden, besonders das Hausieren damit. Aber man darf nicht verhindern, daß einer kranken Frau ein bewährter Instrumentenmacher auf Verordnung eines Arztes ein Scheidenpessar oder eine Kappe anfertigt. Antikonzeptionelle Mittel können die Ärzte nicht entbehren. Sie werden gefordert, und zwar nicht nur von Kranken, sondern von Ärzten und Juristen. Teils aus sozialen Gründen, teils aber auch wegen Erschöpfung der Frau werden sie verlangt. Sie zu verweigern ist man nicht berechtigt, wenn es sich notorisch um Kranke handelt. Etwas anderes ist die Abtreibung, etwas anderes die Verhütung der Schwangerschaft.

In erster Linie ist die Ursache des Geburtenrückganges der Gedanke, der durchs Volk geht: es soll die Kinderzahl nicht zu groß werden. Dieser Gedanke hat meines Erachtens eingesetzt mit der Bildung der großen Bevölkerungszentren, welche es immer mehr und mehr erschwerten, Kinder so heranzuziehen, wie sie herangezogen werden sollen. Mit derselben Ursache hängt auch die Frage der Abwanderung der wohlhabenderen Bevölkerung aus der engen Großstadt in die Vororte zusammen. Unmöglich kann ein Berliner Kind jetzt noch das erhalten und genießen, was es vor 40 Jahren zur Verfügung hatte, nämlich billige Milch und einen Garten, in dem es spielen kann. Die Bewegung, die aus Gründen der Wohlstandserhaltung zuerst einsetzt in den besseren Ständen mit dem Zweikindersystem, ist allmählich eingedrungen in den Mittelstand und leider immer mehr in die Schichten hinein, aus denen das Volk sich rekrutiert, in die Arbeiterkreise. Hier findet sie oft ihren Ausdruck in ungeschickten Abtreibungsversuchen. Durch gesunde Bodenverteilung und Gartenstädte, durch eine gute Bodenreform dürfte etwas Besserung zu erreichen sein, ferner auch durch progressive Steuererleichterung und -Bevorzugung der Familien mit vielen Kindern.

Denn es handelt sich um einen völkergeschichtlichen Vorgang, dem noch auf einem anderen als auf rein medizinischem Wege beizukommen ist. Erziehung und Beeinflussung der jungen Mädchen durch richtige Gedankenführung müssen den Umschwung mit fördern.

Der »Frauenbewegung« möchte S. nicht so viel Schuld beimessen. Es gibt allerdings einige einzelne, verbreitete Bücher, in denen der Mann als das brutale Geschöpf hingestellt wird, das absolut nichts weiter von der Frau haben will als Geschlechtsverkehr und Kinder. Da wird der Satz aufgestellt, daß die Frau eigentlich berechtigt und verpflichtet sei, sich vor Konzeption zu schützen.

In seiner Antwort auf die Umfrage des Ministeriums hat S. besonders auf

Digitized by Google

zwei Kategorien der Bevölkerung hingewiesen. Erstlich die Berliner Beamten! Diese sind gezwungen, in der großen Stadt zu wohnen; sie bekommen nicht die Erlaubnis, nach einem Vorort zu ziehen und werden nicht mehr angestellt, wenn sie sich nicht verpflichten, in Berlin selbst zu wohnen, die gartenreichen, bequemeren Vororte sind ihnen versagt. In der Sprechstunde ist oft geklagt worden: Wenn wir Gärten und mehr Raum zur Miete erhalten würden, würden wir auch noch Kinder aufziehen können.

Zweitens die Kreise, denen durch ihre Lebensstellung das Heiraten erschwert ist. Da sind die Lehrerinnen: bekanntlich verlieren verheiratete die Stelle. Dies gilt auch für andere weibliche Berufsarten. Hier heißt es, entweder heiraten und auf die Stelle verzichten, dann ist nicht genug Geld da, weil die Frau den Beruf aufgeben muß, oder den Beruf behalten und unverheiratet bleiben. Da entstehen Gewissensnot oder körperliche Kämpfe, es werden konzeptionsverhütende Mittel kennen gelernt und in der Ehe dann fortgesetzt. Nur insofern mag man vielleicht der Frauenbewegung mit die Schuld beimessen, als viele Frauen gezwungen sind, heutzutage zu arbeiten und dann auf diesem Wege oder Umwege den Rückgang der Geburten mit fördern.

Herr Runge weist ebenfalls darauf hin, daß die moderne Frauenbewegung mit schuld sei an dem Geburtenrückgang. Auch die Abnahme der Säuglingssterblichkeit kommt in Betracht. Denn da, wo geringeres Absterben ist, besteht auch der geringere Wunsch nach Neuerzeugung von Kindern. Nicht unwesentlich tragen die antikonzeptionellen Mittel dazu bei, die Geburtsziffer herabzusetzen.

Herr Bumm: Die wahre Ursache liegt in der allgemeinen Tendenz, keine Kinder mehr zu bekommen, die in einer Änderung der moralischen Auffassung der ehelichen Pflichten begründet ist. Früher war die Konzeption und die Schwangerschaft etwas Heiliges, meist aber stößt man heute auf keine Hindernisse mehr, einer Frau ein antikonzeptionelles Mittel zu empfehlen. Es ist gewiß nicht die Armut, die die Konzeption verhindert; im großen und ganzen ist es eine mehr geistige Epidemie, die von Frau zu Frau auf allen möglichen Wegen sich ausbreitet und die außerordentlich schwer zu bekämpfen ist. Ein Umschwung ist nur durch geistige Beeinflussung zu erreichen.

Herr W. Nagel fragt den Herrn Vortr. nach statistischen Zusammenstellungen aus streng katholischen Gegenden, denn aus diesen würde man vielleicht erfahren können, ob Konzeptionsunlust oder antikonzeptionelle Mittel die Hauptrolle spielen. N. ist auch der Ansicht, daß die sozialen Verhältnisse mit den immer steigenden Lasten eine große Rolle bei dem Geburtsrückgang spielen. Es wird kaum auf eine Zunahme der Geburten zu rechnen sein, ehe nicht dem Volke günstigere Lebensbedingungen geboten werden.

Im Schlußwort betont R. Schaeffer, daß alle die von den Diskussionsrednern angeführten Gründe für die Konzeptionsverhinderung in Betracht kommen und sich vereinen zu dem einen Beweggrund, daß heutzutage der Einzelne höheren Wert auf individuelles Wohlbefinden legt. In dem Referat von Pistor und der Arbeit von Bornträger ist dies im einzelnen ausgeführt. Die Beschränkung der Geburtenzahl schlechtweg und in jedem einzelnen Falle auf Genußsucht und Bequemlichkeit zurückzuführen, ist ungerecht; auch ernsthafte, sittliche Gründe können dahinter stehen. Je differenzierter die Gesellschaft ist, desto begreiflicher ist der Wunsch, daß die Kinder in derselben Lebenssphäre bleiben, die die Eltern inne hatten. Allerdings ist es zweifellos, daß vielfach äußerliche und nichtige Motive für die Kinderbeschränkung maßgebend sind. Die Behauptung, daß die katholische Kirche erfolgreich dem Geburtenrückgang entgegentrete, ist mit

Digitized by Google

Vorsicht aufzufassen. Wenn bei den Polen ein größerer Kinderreichtum herrsche, so ist dafür vielleicht mehr die Rasse als die katholische Religion die Ursache. Im katholischen Frankreich und Spanien ist das Geburtenverhältnis ein sehr ungünstiges. Jedenfalls dürfen aus solchen Tatsachen keine Schlüsse auf die Nützlichkeit der Einwirkung des Beichtvaters gezogen werden.

Zeitschriften.

4) Hegar's Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XVIII. Hft. 3.

1) A. Hegar (Freiburg). Der fahrlässige Abort.

Der fahrlässige Abort wird in unserem Strafrecht nicht besonders aufgezählt; der Staatsanwalt bringt ihn in der Gruppe der fahrlässigen Körperverletzungen unter, oder er kann in Erwägung des getöteten Nasciturus eine Anklage auf fahrlässige Tötung erheben.

Der Arzt muß, sobald er auch nur den Verdacht auf Schwangerschaft geschöpft hat, mit äußerster Schonung untersuchen; es gilt, nichts vorzunehmen, was zur Unterbrechung einer etwaigen Schwangerschaft beizutragen vermag, zumal in den Fällen, die zu einem fahrlässigen Abort Anlaß geben können, eine genaue Diagnose, ob Schwangerschaft vorliegt oder nicht, gar nicht notwendig ist. Man kann, auch wenn die Diagnose erwünscht wäre, unter allen Umständen abwarten, abgesehen davon, daß eine Schwangerschaft, selbst schon 2 Monate nach Ausbleiben der Periode, mit Sicherheit erkannt werden, und das Geschick hierzu von jedem gutgeschulten Gynäkologen verlangt werden kann.

Ganz verwerflich und selbst nicht ohne Gefahr ist die Anwendung der Sonde. Überhaupt sollte der leider weit verbreitete Gebrauch dieses Instrumentes zu diagnostischen Zwecken bei Genitalerkrankungen verlassen oder wenigstens sehr eingeschränkt werden. Eine Notwendigkeit dazu ist nur sehr selten vorhanden.

2) C. Daniel (Jassy). Die Leistenhernien der weiblichen Geschlechtsorgane. Hernienadnexitiden.

V. berichtet an der Hand eines von ihm behandelten Falles, in dem er wegen einer rechtseitigen Salpingoovaritis in einem Leistenbruchsacke die einseitige Kastration und Radikaloperation der Hernie ausführte, über die im Titel genannte Erkrankung. Er kommt zu folgendem Ergebnis:

Haben sich die Geschlechtsorgane und besonders die Uterusadnexa im Bruchsack niedergelassen, so sind sie verschiedenen mechanischen und septischen Angriffen ausgesetzt. Die Leistenhernien sind oft mit geschlechtlichen Mißbildungen vereint. Alle Veränderungen, mechanische, entzündliche, neubildende Prozesse, die die Geschlechtsorgane im Becken ergreifen können, werden auch bei den angeborenen Genitalleistenbrüchen gefunden. Will man noch die Schwangerschaft im Uterus, die Adnexa, die verschiedenen geschlechtlichen Mißbildungen hinzufügen, so ist die Behauptung gerechtfertigt, daß die gesamte gynäkologische Pathologie in den Säcken der Leistenhernie gefunden werde. Die Leistenhernienadnexitiden sind sehr selten — sieben veröffentlichte Fälle —, aber wichtig wegen der Schwierigkeit der Diagnose und der gefährlichen peritonealen Angriffe.

3) Benno Liegner (Breslau). Zur Histologie des Carcinoma cervicis uteri.

V. bringt 30 genau untersuchte Fälle von Cervixkarzinom aus der Breslauer Klinik. Die Ergebnisse seiner Untersuchungen sind folgende:

Die mikroskopischen Bilder im Cervixkarzinom sind so verschieden, daß

Digitized by Google

jedes einzelne eine Individualität bedeutet. Diese Verschiedenheiten beruhen in dem Aufbau, der Größe der Zellen, dem Protoplasmareichtum, der Korngröße und den biologischen Eigenschaften. Sie bestehen ferner in der Anordnung der Krebszellen, darin, ob sie regellos oder geordnet liegen.

Große Differenzen bestehen in der Infiltration der Krebsnester. Mit diesen korrespondiert etwa die Infiltration des Zwischengewebes, dessen Massenhaftigkeit auch sehr differiert. Die Infiltration besteht im wesentlichen aus Rundzellen und eosinophilen Leukocyten. An der Tumorgrenze liegt in den meisten Fällen ein Wall aus diesen Zellen, der eine gute Abgrenzung bildet, zum Teil auch vom Krebs durchbrochen werden kann. Der Krebs ändert gegen das Corpus uteri hin in manchen Fällen seinen Charakter.

Die Parametrien werden meist auf dem Wege direkter Durchwachsung affiziert. Der Tastbefund gibt über die Mitbeteiligung keinen sicheren Aufschluß. Im Parametrium finden sich sichere Lymphknoten, die als primäre Lymphdrüsenstation aufgefaßt werden können.

Die Lymphdrüsen auf den großen Gefäßen werden häufig affiziert, oft mit Überspringung des Parametriums. Der Charakter der Drüsenmetastase ist meist der des primären Herdes. Die Scheide wird in vielen Fällen subepithelial von dem Tumor ergriffen, die Infiltration ist oft recht beträchtlich.

Aus diesem bunten Bilde von Möglichkeiten, die bei einem Karzinom gefunden werden können, läßt sich in den einzelnen Fällen ein Gesamtbild zusammensetzen, das tatsächlich etwas Selbständiges ist, das nie sich in ganz gleicher Weise wiederholt. Aus dem histologischen Bilde eines Karzinoms kann man heute nicht auf eine größere oder geringere Malignität schließen. Gesetzmäßigkeiten in der Struktur des Krebses zu finden, aus denen man praktisch verwertbare Rückschlüsse machen könnte, ist bis jetzt noch nicht möglich gewesen.

4) M. Kröner (Rostock). Über den Geburtsverlauf bei occipitalen und dorsalen Meningokelen.

Verf. stellt acht Fälle aus der Literatur und zwei Beobachtungen aus der Rostocker Klinik zusammen, aus denen hervorgeht, daß die occipitalen und dorsalen Meningokelen häufig eine schwere Geburtskomplikation bilden, und daß sie vor allem ein nicht zu unterschätzendes ätiologisches Moment für die Entstehung der Deflexionslagen darstellen.

5) K. Minakuchi (Tübingen). Über Harnfisteln.

Verf. hat die an der Tübinger Frauenklinik seit Oktober 1907 bis März 1912 zur Beobachtung gekommenen 45 Fälle von Harnfisteln (34 Blasenfisteln und 11 Ureterfisteln) zusammengestellt und bespricht sie nach Ätiologie, Symptomatologie und Therapie unter Anführung interessanter Fälle, vor allem der Ureterfisteln.

6) J. Sonnenfeld (Berlin). Referat vom 42. Chirurgenkongreß und anderen Kongressen.

7) Angelegenheit Niebergall. Schreiben von Dr. Niebergall. Gutachten von Fehling und v. Herff. Lieven (Bonn).

Extrauteringravidität.

5) **Philip F. Williams** (Philadelphia). **Extrauteringravidität. Eine Analyse von 147 Fällen.** (Amer. journ. of obst. and dis. of w. and children 1913. Juli.)

Statistische Analyse der Fälle, von der hier nur das Wichtigste angeführt

Digitized by Google

werden kann. 19% aller Fälle betrafen Erstgeschwängerte, bei 30% war ein Abort, bei 28% eine Frühgeburt vorhergegangen. In 7 Fällen kam es zu wiederholter Extrauteringravidität. Bei 52% der Fälle, die weiter verfolgt werden konnten, trat nach der Extrauteringravidität keine weitere Schwangerschaft auf. In 39 Fällen kam es später noch zu intrauteriner Schwangerschaft und darunter in 28 Fällen zur Geburt à terme. Jaschke (Gießen).

6) **Chaput. Beitrag zum Studium der Extrauteringravidität.** (Revue de gynécol. et de chir. abdom. 1913. Nr. 6.)

Eine 35jährige Frau erkrankt mit unklaren Symptomen. Wiederholte Schmerzattacken ohne deutliche Zeichen innerer Blutung, aber objektiv ließ sich Vergrößerung des Uterus und Auflockerung der Cervix nachweisen, daher Diagnose: Extrauteringravidität, die durch die Laparotomie als freie Blutung mit geplatzter Gravidit. isthmica verifiziert wurde. In einem zweiten Falle setzten die Regeln einen Monat aus, dann traten unregelmäßige Blutungen auf und mehrfache Schmerzanfälle; negativer Tastbefund, abgesehen von Schwangerschaftszeichen. Die Differentialdiagnose Abort oder Extrauteringravidität wurde durch Curettage zugunsten der letzteren geklärt. Die Laparotomie ergab eine rechtseitige Tubargravidität mit einer Hämatokele, die dem Uterus haubenartig aufsaß und vom Netz eingekapselt war. C. nennt sie Haematocele suprauterina.

Im Anschluß an diese zwei Beobachtungen Besprechung der Diagnose, zu deren Klärung gegenüber intrauterinem Abort die Curettage des Uterus empfohlen wird. Knoop (Duisburg).

7) **J. F. Baldrin (Columbus). Zwei ungewöhnliche Fälle ektopischer Schwangerschaft. Eine Drillingsschwangerschaft.** (Journ. amer. med. assoc. 1913. Bd. LXI. p. 392.)

1) 37½jährige IIpara wird operiert wegen Prolaps: Abrasio (dickes Endometrium), vordere und hintere Kolporrhaphie. Laparotomie: beide Tuben verdickt, Blut in der Bauchhöhle. Doppelseitige Salpingektomie, Amputatio uteri, Ligamentfixierung des Cervixstumpfes. In der linken Tube zwei Föten, rechts einer; alle von ungefähr Erbsengröße.

2) 47jährige IIpara. Vor 7 Jahren Extrauteringravidität operiert. Unregelmäßige Blutungen. Uterus eleviert, Douglashämatokele. Laparotomie: Fötus von 2 Zoll Länge mit der Tube entfernt. Amputatio uteri wegen ausgedehnter Verwachsungen, Ligamentfixierung des Stumpfes.

In beiden Fällen Heilung. Schottelius (Hamburg).

8) **J. Trapl. Graviditas tubaria isthmica.** (Casopis lékaruv ceskych 1913. Nr. 38.)

Bei der infolge innerer Blutung kollabierten Frau wurde sofort die Laparotomie vorgenommen. Am isthmischen Ende der linken Tube fand sich ein kirschgroßer Tumor, der in das Uterushorn überging. Das runde Mutterband inserierte in der Mitte des Tumors; an der Hinterfläche desselben eine stecknadelkopfgroße Öffnung. Der Tumor wurde exzidiert, wobei ein Teil des Uterus mitgenommen werden mußte (Heilung). Die Form des Uterus war fast unverändert, der Fundus stand fast horizontal. G. Mühlstein (Prag).

9) **R. Stewart (Nelson). Extrauteringravidität durch Appendicitis kompliziert.** (Brit. med. journ. 1913. Juni 21.)

23jährige Pat. litt seit einem Jahre an schmerzhaften Attacken in der linken Unterbauchgegend. Die letzte Regel war vor 3 Wochen und schwächer als sonst und die Blutung seitdem nicht vollständig verschwunden. Pollakiurie und Dysurie. Kolostrum. Vaginal war im Douglas und links eine große, feste, sehr schmerz-

Digitized by Google

hafte Geschwulst zu fühlen. Nach einer weiteren Attacke, die mit reichlichem Blutabgang verbunden war, wurde die Laparotomie gemacht. Es zeigte sich linkseitiger Tubargraviditätssack, verbacken mit dem entzündeten Appendix und dem Blinddarm, sowie eine große geronnene Blutmasse. Der Appendix war auf die linke Seite herübergezogen, chronisch entzündet und verbacken mit Tube und Dünndarm. Später war Tubargravidität dieser Seite hinzugetreten und die Blutung bei der Ruptur durch den Entzündungssack begrenzt worden.

Sieber (Grunewald-Schmargendorf).

10) **Theodor v. Miltner. Wiederholte Tubenschwangerschaft.** I.-D., München, 1913.

M. führt 3 Fälle an. Das Alter der Kranken schwankte zwischen 37, 28, 30 Jahren (IVp, Op, Op). Das Intervall, in dem die andere Tube (in einem Fall rechts, in zwei Fällen links) befallen wurde, war 3 Jahre, 6 und 10 Monate. Ätiologie war nicht geklärt, vielleicht infektiös. Alle 3 Fälle wurden beide Male laparotomiert und genasen. Es wird dann an der Hand der in der Literatur auffindbaren Fälle erörtert: Häufigkeit der wiederholten Tubenschwangerschaft zu den einfachen 5%, mittleres Lebensalter das 29. und 30., der Zwischenraum zwischen erster und zweiter Eileiterschwangerschaft betrug 6 Wochen bis 12 Jahre, eine Bevorzugung der linken oder rechten Tube konnte nicht festgestellt werden, die Ursachen waren nicht eindeutig (peri- und endotubare Entzündung, Infantilismus, nicht genügend bewegliche Ovula, gewisse Prädisposition usw.). Therapie: Baldige Laparotomie. Die prophylaktische Abtragung der anderen Tube bei der ersten Operation eine Streitfrage. Der Mittelweg zwischen starrem Konservativismus und Radikalismus: eine makroskopisch gesunde Tube nicht abzutragen, besonders beim Wunsche nach weiterer Fortpflanzungsmöglichkeit. (Selbstbericht.)

11) **Curt Martini (Leipzig). Über die Hämatokelen nach Tubargravidität mit besonderer Berücksichtigung der Haematocele anteuterina.** Inaug.-Diss., Leipzig, 1913.

In 11 Jahren kamen nur drei anteuterine Hämatokelen in der Leipziger Klinik zur Beobachtung. Sie verdanken ausschließlich der ektopischen Gravidität ihre Entstehung. Vorbedingung für das Entstehen ist die Verlegung des Douglas durch einen retroflektierten Uterus oder durch Adhäsionen im hinteren Beckenraum. Unter den Symptomen stehen solche seitens der Blase im Vordergrunde. Exspektativ kann man sich bei den anteuterinen Hämatokelen seltener verhalten. Therapeutisch kommen sowohl Kolpotomie als Laparotomie in Betracht.

H. Fuchs (Danzig).

Abort.

12) **Meyer-Ruegg (Zürich). Der Kampf gegen die kriminelle Fruchtabtreibung.** (Korrespondenzblatt für schweizer Ärzte 1913. Nr. 5.)

Verf. weist auf die in den letzten Jahren zutage getretene enorme Zunahme der Fruchtabtreibung hin, die sich besonders bei Verheirateten zeigt. Statistiken verschiedener Länder. Besprechung der Vorschläge, die seinerzeit v. Winkel zur Verminderung der kriminellen Fruchtabtreibung gemacht hat. Da die Erfahrung zeigt, daß der Abtreiberei durch Belehrung und polizeiliche Maßregeln nicht beizukommen ist, so muß darnach getrachtet werden, die ethische Wertung der Fruchtabtreibung bei der Allgemeinheit zu erhöhen. Diese Aufgabe fällt dem Arzt zu. Damit geht die Hebung des Hebammenstandes Hand in Hand. Besprechung der Indikationen zur Aborteinleitung und

Digitized by Google

der in den letzten Jahren auf diesem Gebiet erschienenen Arbeiten unter kritischer Wertung. F. König (Bern).

13) **Tissier. Der künstliche Abort und das Gesetz.** (Arch. mens. d'Ostétrique et de Gynécologie. 1913. Januar.)

Auch im französischen Gesetz fällt der aus therapeutischen Gründen ausgeführte Abort unter den allgemeinen Begriff des künstlich eingeleiteten Aborts als eines Verbrechens (Artikel 317 des Strafgesetzes). Das Gesetz macht keinerlei Unterschied im Hinblick auf die der Ausführung zugrunde liegende Absicht. Der vom Arzte aus triftigen Gründen eingeleitete Abort ist kein legaler Eingriff. Damit muß sich der Arzt abfinden. Aus diesem Grunde ist es das zweckmäßigste, einen jeden derartigen Eingriff gewissermaßen in voller Öffentlichkeit auszuführen, indem man einen oder mehrere Kollegen zuzieht, dann die Gründe, die die Veranlassung zur Vornahme des Eingriffs gaben, schriftlich niederlegt und womöglich dieses Schriftstück der juristischen Behörde zur Kenntnis gibt (!).

Engelmann (Dortmund).

14) **D. J. Mecht (Baltimore). Die Wirkung der sog. Emmenagoga am isolierten Uterus. Mit Bericht eines Falles einer Permyroyalvergiftung.** (Journ. am. med. ass. Bd. LXI. Nr. 2. p. 105.)

16jähriges Mädchen, das 36 Permyroyal (Krauseminze)-Pillen zur Unterbrechung ihrer Gravidität genommen hatte und im Koma gestorben war. Die Krauseminze, ein seit altersher bekanntes Abtreibungsmittel, kann zu schweren Vergiftungserscheinungen führen, wie an der Hand verschiedener in der Literatur verzeichneter Fälle bewiesen wird.

M. untersuchte am überlebenden isolierten Katzenuterus die bisher wenig studierte Wirkung verschiedener als Emmenagoga und Abortiva beliebter Mittel: Krauseminze, Oleum sabinae, Ol. Thym., Ol. Therebint. usw. Sämtliche Mittel hatten eine ausgesprochene Erschlaffung und Paralyse des Uterusspräparats zur Folge, wenn sie also als Abortiva wirken, so geschieht das im Sinne einer schweren Vergiftung wie durch Phosphor oder Arsen. Schottelius (Hamburg).

15) **Hammerschlag (Berlin). Über Abortbehandlung.** (Berl. klin. Wochenschr. 1913. Nr. 29.)

Bei Blutungen in den ersten Monaten der Schwangerschaft ist, sofern nicht untrügliche Zeichen für einen Abort vorhanden sind, besonders nicht ein Abgang von Fruchtteilen erfolgt oder vitale Indikationen vorliegen, zunächst stets exspektativ zu verfahren. Bei missed abortion ist gleichfalls eine abwartende Therapie angezeigt, erst beim Auftreten besonderer Komplikationen soll man aktiv vorgehen. Der fieberhafte Abort ist vom Praktiker nach wie vor aktiv aber schonend zu behandeln. Die Technik der Abortausräumung betreffend vertritt Verf. den Standpunkt, die Eiteile möglichst digital zu lösen und mit der Winterschen Abortzange zu entfernen. Der Höning'sche Handgriff ist beim fieberhaften Abort kontraindiziert. H. Fuchs (Danzig).

16) **A. Waeber (Petersburg). Bericht über 593 Aborte mit spezieller Berücksichtigung der Therapie des fieberhaften Abortes.** (Petersb. med. Zeitschrift 1913. Nr. 14.)

538 Aborte wurden operativ behandelt, 24 exspektativ, während 31 spontan verliefen. Das operative Vorgehen bestand in digitaler und instrumenteller Ausräumung, der, falls nötig, eine Laminaria-Dilatation vorausgeschickt wurde.

Die Mortalität an Sepsis betrug bei fieberhaften Aborten 1,5%, in unkomplizierten Fällen 0%. Auf Grund dieser günstigen Zahlen redet Verf. der aktiven Abortbehandlung das Wort. B. Ottow (Dorpat).

Digitized by Google

17) **L. Aubert** (Genf). **Die Behandlung des septischen Abortes.** (Schweizerische Rundschau für Medizin 1913. Nr. 15.)

Verf. veröffentlicht die in Genf seit 1908 mit der aktiven Therapie erhaltenen Resultate bei fieberhaften Aborten. Für die Behandlung war mehr der klinische Befund, wie die vorgenommene bakteriologische Untersuchung ausschlaggebend. Seine 660 Fälle teilt Verf. nach ihrer Schwere in sieben Kategorien ein. Die besten Resultate gibt eine möglichst frühzeitige Ausräumung des Uterus, bis zum 3. Monat mit einer großen Kurette, eventuell nach vorausgegangener Dilatation mit Hegarstiften. In einzelnen Fällen ist die Abortzange zu Hilfe zu nehmen. Vom 3. Monat ist vor der Kurettage die digitale Ausräumung des Uterus zu empfehlen. Nach der Entleerung wird mit einer antiseptischen Lösung gespült, oder 5%ige Jodtinktur injiziert. Eisblase und Ergotin. Die konservative Behandlung läßt Verf. zu bei Fällen, die sich spontan erledigen zu wollen scheinen. Kurettage ist kontraindiziert, wenn die Infektion mehrere Tage alt ist, wenn sie über den Uterus gegriffen hat. Abgesehen vom wissenschaftlichen Interesse hat die bakteriologische Untersuchung für das therapeutische Vorgehen des praktischen Arztes keinen Wert. F. König (Bern).

18) **B. Janea und T. Vik. Zwei Fälle von zerebrospinaler Meningitis nach septischem Abort.** (Casopis ceskych lékaruv 1913. Nr. 16 [böhmisch.])

Bericht über zwei Fälle, von welchen einer mit Exitus, der andere mit vollkommener Heilung endete. In beiden Fällen ergab die Lumbalpunktion Eiterzellen. Im zweiten Falle wurden therapeutisch warme (30°) Vollbäder angewendet; zur Besserung des Allgemeinbefindens Arsoferrintabletten verordnet. Jar. Stuchlík (München).

19) **M. Schechner** (Znaim). **Blutung post abortum et post partum.** (Med. Klinik 1913. Nr. 30.)

S. weist darauf hin, daß bei Blutung post partum, wenn der Arzt Hals über Kopf gerufen werde, nicht mit langem Auskochen der Gummihandschuhe kostbare Zeit verloren werden dürfe. Sublimatdesinfektion genüge für die Handschuhe, das sei in einer halben Minute getan. Aber dann dürfe der Arzt Pat. noch immer nicht verlassen, sondern er müsse mindestens noch eine halbe Stunde warten. Der kleinste Placentarrest könne noch ohne äußere die schwerste innere, tötliche Blutung veranlassen, für die dem Arzt die forensische Verantwortung zufalle. Sch. empfiehlt nicht die manuelle, sondern die instrumentelle Placentarrestentfernung aus dem Uterus. H. Köhler (Kiel).

Harnorgane.

20) **Arthur Stein** (Neuyork). **Einseitige verschmolzene Niere.** (Amer. journ. of obst. and. dis. of w. and children 1913. Juli.)

Verf. beschreibt einen hierhergehörigen Fall, bei dem es ihm durch Vereinigung von Ureterkatheterismus und Pyeloureterographie gelang, die richtige Diagnose zu stellen und dadurch eine vorgeschlagene Operation zu verhüten, die sicher nur zum Nachteil der beschwerdelosen Pat. wegen der Anwesenheit des Tumors hätte vorgenommen werden sollen. Es waren zwei getrennte Ureter und Nierenbecken vorhanden. Jaschke (Gießen).

21) **A. P. Condon** (Omaha). **Einseitige septische Infektion der Niere.** (New York med. journ. Bd. XCVIII. p. 279.)

1) 20jährige Igravida mens. V; vor 2 Jahren Appendektomie, sonst stets

Digitized by Google

gesund gewesen, erkrankt unter Schüttelfrost, Fieber und heftigen Schmerzen in der rechten Nierengegend, 24 000 Leukocyten. Im rechten Katheterurin: Eiweiß, Eiter und Blut, links: nur Spuren Eiweiß; Phloridzinprobe links in 28 Minuten positiv. Schwer toxischer Zustand, der sich verschlimmert. Die Erlaubnis zur Operation wurde erst zu spät erteilt, so daß die rechte Nephrektomie am 3. Tage den Exitus nicht verhindern konnte. Präparat: Rechte Niere von miliaren Abszessen (Coli in Reinkultur) durchsetzt auf das dreifache Volumen vergrößert.

2) 28jährige Ipara, Anamnese ohne Besonderheiten, rechts großes, dem Uterus im 5. Monat entsprechendes Kystom. Kystomektomie, Appendektomie.

Nach glatter Rekonvaleszenz am 21. Tage p. op. Schüttelfrost, Fieber, 16 000 Leukocyten. Im rechten Katheterurin: Eiter; links: Phloridzinprobe in 23 Minuten positiv.

Injektion von 4 ccm 0,5 Arg. nitr. in das rechte Nierenbecken. Da keine Besserung, rechts Nephrektomie, Niere von doppeltem Volumen, multiple Abszesse. Heilung. Besprechung der Diagnose und der Indikation zur Operation, die auf Grund der Schwere des Krankheitsbildes gestellt wird.

Schottelius (Hamburg).

22) **Stephan A. Tracy (Philadelphia, Pa.). Nierensteine in Beziehung zu Niere und Ureter.** (Amer. journ. of obst. and dis. of w. and children 1913. August.)

Eine sehr gehaltvolle Arbeit. Verf. macht auf die Schwierigkeiten der Diagnose aufmerksam und verlangt sorgfältigste Anamnese wie Anwendung aller diagnostischen Methoden, ehe man sich im Zweifelsfalle zu einer Operation entschließt. Besonders wertvoll ist die beigefügte Kasuistik, die die Ausführungen des Verf.s scharf beleuchtet.

Das hervorstechendste Symptom bei Nierensteinen ist der Schmerz, in 65% rechtseitig, in 35% linkseitig lokalisiert. In $^1/_3$ der Fälle findet man die kranke Niere vergrößert. Am schwierigsten zu diagnostizieren sind die Fälle, in denen der im Nierenbecken oder Ureter liegende Stein keine Koliken auslöst. Die Hämaturie ist ein sehr wechselndes Symptom; bald fehlend oder kaum angedeutet, kann sie in anderen Fällen zu hochgradiger Anämie (40% Hämoglobin!) führen. Das Harnbild ist wechselnd, die Reaktion abgesehen von Phosphatsteinen oder vorgeschrittener Pyonephrose sauer.

Steckt ein Stein im Ureter, dann wird man kaum jemals mit einem dicken Ureterkatheter vorbeikommen und den Sitz des Steines genau feststellen können. Bei einem Nierenstein ist der Ureterenkatheterismus kaum von Wert, von um so größerem die Röntgenographie. Man sei aber vorsichtig in der Deutung von Schatten, die auch durch verkalkte Drüsen vor der Niere hervorgebracht sein können (instruktiver Fall!). Findet sich ein Schatten im Verlauf des Ureters, dann führe man einen schattengebenden Ureterkatheter ein und lokalisiere nun noch einmal. Cave! Verwechslung mit Appendicitis und umgekehrt. Nierenkoliken kommen auch bei Pyelitis ohne Stein vor. Niemals darf auf Grund bloßer Betastung der Niere operiert werden (instruktiver Fall!). — Sobald die Diagnose auf Nierenstein gemacht ist, kommt nur die Operation als Therapie in Frage, falls die andere Niere gesund ist. Zuwarten bringt nur die Gefahr einer Nierendestruktion. Auch bei Uretersteinen muß, wenn der Stein nicht bald, innerhalb 24 Stunden, abgeht, derselbe entfernt werden. Jaschke (Gießen).

23) **F. Ludwig (Bern). Ureter-Blasen-Scheidenfistel nach kriminellem Abort.** (Zeitschrift für urolog. Chirurgie I. p. 459.)

Interessante kasuistische Mitteilung: 25jähriges Mädchen versuchte an drei

Digitized by Google

aufeinanderfolgenden Tagen mit einem armierten Bougie an sich selbst Abtreibungsmanipulationen vorzunehmen. Die Menses waren seit etwa 10 Wochen ausgeblieben. Es stellten sich in den nächsten Tagen schwere Blasenbeschwerden ein und Abgang von urinös riechendem, vaginalem Fluor.

Die Untersuchung ergibt eine verjauchte Höhle im rechten Scheidengewölbe. Cystoskopisch wird Leergehen des rechten Ureters, über ihm eine Ureter-Blasenfistel, unter ihm eine Blasen-Scheidenfistel konstatiert. Linker Ureter und linke Nierenfunktion normal.

Der Versuch, die Blasen-Scheidenfistel von der Vagina aus zu schließen, mißlingt, daher wird von oben eingegangen: Schnitt parallel zum Lig. inguinale dextrum und extraperitoneales Vorgehen, durch das es gelingt, die Blasen-Scheidenfistel zum Verschluß zu bringen. Die Operation wurde ausgeführt beim Bestehen einer etwa 5monatlichen Gravidität, die später durch normale Geburt zu Ende geführt wurde.

$1^1/_2$ Monate nach der Geburt bricht im Anschluß an eine Körperanstrengung die noch bestehende Ureter-Blasenfistel in die Vagina durch und es etabliert sich eine Ureter-Vaginalfistel, die bei bestehender rechtseitiger Stauung und aszendierender Infektion und bei vorzüglicher Funktion der linken Niere durch Nephrektomie beseitigt wird. B. Ottow (Dorpat).

24) J. W. Sacharin. Die Operationen der Harnröhre, Harnblase und Harnleiter in der Freiburger Universitäts-Frauenklinik vom Jahre 1904—1913. Inaug.-Diss., Freiburg, 1913.

S. berichtet zunächst über 6 Fälle von sehr ausgedehntem Uterus- bzw. Portiokarzinom, bei denen versucht wurde, durch primäre Ureterimplantation die Grenzen der Operabilität zu erweitern; eine Pat. wurde geheilt, eine starb an septischer Parotitis, die übrigen 4 am Operationschok.

Blasen-Scheidenfisteln wurden 6, Ureter-Scheidenfisteln 2mal operiert; 5mal waren die Fisteln nach meist operativen Geburten, 1mal nach Totalexstirpation, 1mal durch Fremdkörper, 1mal durch Pfählung entstanden. Operiert wurde 2—10 Monate nach der Entstehung nach Vorbehandlung mit Kamillensitzbädern und Argentumblasenspülungen. Als Nahtmaterial dienten Seide und Catgut in Knopfnähten, zum Teil mit, teils ohne Mitfassen der Mucosa vesicae; in letzter Zeit wurde wegen der Gefahr der Inkrustation nur Catgut verwendet. 6 Fisteln heilten primär, eine davon nach Kolpokleisis, 1 Fistel rezidivierte (Scheiden-Lappenplastik bei Virgo) nach Entfernung inkrustierter Seidenfäden, 1mal gelang es trotz 7maliger Operation weder bei Anwendung der Trendelenburg'schen Operation noch bei Kolpokleisis und Entspannungsschnitten, den Schluß zu erzielen.

Die Gersuny'sche Operation wegen Incontinentia urethrae wurde 9mal ausgeführt; bei Einteilung der Fälle nach den drei Gruppen, Inkontinenz durch Zugeinwirkung, auf konstitutionellem Boden und auf nervöser Basis, findet sich in den beiden ersten Gruppen nur ein Mißerfolg, während bei den letzten 3 Fällen keine Heilung erzielt wurde. Schneider (Freiburg).

25) Bruno Ruppert. Über Perforation der Harnblase in die freie Bauchhöhle. Inaug.-Diss., Leipzig, 1913.

Perforationen der Blase in die freie Bauchhöhle sind seltener als extraperitoneale Wandverletzungen, weil die Blase relativ geschützt im kleinen Becken liegt. Erkrankungen der Blasenwand, die mit ulzerativen Prozessen einhergehen, führen selten zum vollständigen Durchbruch. Die Ursache der Kontinuitätstrennung ist in den meisten Fällen traumatisch, in selteneren nichttraumatisch. Das Symptomenbild wird beherrscht durch Peritonitis und Blasenerscheinungen,

Digitized by Google

unter denen Harndrang und blutige Anurie hervorragen. Differentialdiagnostisch kommen Volvulus, Nieren- und Harnröhrenruptur in Frage. Frühzeitige operative Behandlung vor Auftreten peritonitischer Symptome gibt gute Aussichten. Sie besteht in Sectio alta bzw. Laparotomie, Blasennaht, Dauerkatheter. Eventuell kommt Marsupialisation der Blase und Bauchhöhlendrainage in Betracht.

H. Fuchs (Danzig).

26) **A. Hock (Prag-Karlsbad). Über paravesikale chronische entzündliche Bauchdeckengeschwülste.** (Zeitschr. f. urolog. Chirurgie I. p. 453.)

Weist auf die Möglichkeit der Mitbeteiligung der Blase bei entzündlichen Bauchdeckengeschwülsten hin. Mitgeteilt wird ein Fall, wo bei einem 52jährigen Pat. im Anschluß an eine Bassini-Operation sich eine chronische Paracystitis ausbildete, an der die Blase durch Einwanderung einer Seidenligatur und durch bullöses Ödem mitbeteiligt war. Nach Inzision und Drainage von oben her schwinden die Blasensymptome. Differentialdiagnostische Besprechung von bullösem Ödem und Blasenpapillom.

Verf. weist auf die Seltenheit solcher Blasenaffektionen im Anschluß an Bauchdeckengeschwülste hin. (Eine dem Gynäkologen sehr wohlbekannte Erkrankungsform, sowohl im Anschluß an chronische entzündliche Bauchdeckengeschwülste, als auch nach Operationen im Gebiete der Harnorgane mit unresorbierbarem Nahtmaterial und bei gynäkologischen Stumpfexsudaten gleicher Ätiologie. Ref.)

B. Ottow (Dorpat).

27) **O. Schill. Zur Ätiologie und Therapie der Cystitis.** Inaug.-Diss., Freiburg i. B., 1913.

S. teilt in seiner Dissertation die Cystitiden nach dem von Aschoff gegebenen Schema der äußeren Krankheitsursachen ein und bespricht an der Hand der Literatur die Therapie jeder einzelnen Erkrankung. Er empfiehlt besonders das Urotropin. Eigenes, Neues bringt die Arbeit nicht. Schneider (Freiburg).

28) **P. Jansen. Die Ätiologie und Prophylaxe der postoperativen Cystitis.** Inaug.-Diss., Freiburg i. B., 1913.

J. stellte aus dem Material der Freiburger Frauenklinik drei Serien zusammen; aus der ersten Zeit 200 Fälle von Inhalationsnarkose bei Spätaufstehen, auf die 107 = 53% katheterisierte Pat. mit 16 = 8% Cystitiden kommen. In der zweiten Serie von 95 Lumbalanästhesien bei Spätaufgestandenen mußte 64mal = 67% der Katheter angewendet werden mit 7 = 7% Blasenkatarrhen, während in der letzten Serie von 400 Fällen von Lumbalanästhesie bei Frühaufstehen, obgleich in 66% Nachhilfe erforderlich war, nur 2 = $^1/_2$% Blasenentzündung bekamen. Für die selteneren Fälle, die nicht frühzeitig aufstehen können, empfiehlt er das von Baisch angegebene Verfahren der Installation von 20 ccm sterilen Borglyzerins. Interessant ist noch die Beobachtung, daß in den beiden ersten Serien bei Gegenüberstellung der vaginalen und abdominalen Totalexstirpationen erstere mit 18 und 14%, letztere nur mit 8 und 0% unter den Cystitiden figurieren.

Schneider (Freiburg).

29) **E. v. Hofmann (Wien). Zur Diagnose und Therapie der angeborenen Blasendivertikel.** (Zeitschrift f. urolog. Chirurgie I. p. 440.)

Die Ätiologie der Blasendivertikel ist bisher noch nicht eindeutig geklärt. Es gibt angeborene und erworbene. Die Prognose ist schlecht wegen eintretender Harnzersetzung und häufig nachfolgender, aszendierender Infektion. Eine sichere Heilung kann nur durch radikale Entfernung des Divertikels erreicht werden, die jedoch bei der Schwierigkeit des Eingriffs nur in einem kleinen Prozentsatze der Fälle bisher gelang.

Digitized by Google

Mitteilung von drei Fällen aus der Klinik Hochenegg in Wien, von denen der eine besonderes Interesse beansprucht durch ein am Grunde des Divertikels zur Ausbildung gelangtes Karzinom. B. Ottow (Dorpat).

30) **Harold C. Bailey** (Neuyork). **Die klinische Bedeutung des Harns in der Schwangerschaft.** (Amer. journ. of obst. and dis. of w. and children 1913. August.)

Keine eigenen Untersuchungen; kritische Besprechung einschlägiger Arbeiten. Die Leberdegeneration bei Schwangerschaftstoxikosen geht mit verminderter Stickstoffausscheidung und verändertem Stickstoffabbau einher, während die durch andere Gifte (Chloroform usw.) erzeugte Leberveränderung im Gegenteil von vermehrter Stickstoffausscheidung begleitet ist. Die Leberveränderungen zeigen sowohl bei akuter gelber Atrophie, perniziösem Erbrechen wie Eklampsie ähnlichen Charakter. Jaschke (Gießen).

31) **L. Buerger** (Neuyork). **Zur Klinik der Operationscystoskopie.** (Zeitschrift für urolog. Chirurgie I. p. 419.)

Verf. bespricht das Indikationsgebiet und die diagnostischen und therapeutischen Erfolge bei Anwendung der Operationscystoskopie. Benutzt wurde ein vom Verf. konstruiertes Instrumentarium. Besonderes Gewicht wird auf die endovesikale Entfernung von Tumoren und auf die endovesikale diagnostische Probeexzision bei Tumoren, entzündlichen Veränderungen, Exulzerationen und Tuberkulose gelegt. Zur Dilatation der Harnleiter werden Bougies empfohlen, die mit Oliven armiert werden und gleichzeitig als Elektroden einen d'Arsonvalstrom auf den Ureter einwirken lassen. Weitgehende Anwendung der Operationscystoskopie soll zu möglichst konservativer Behandlung von Blasen- und Nierenerkrankungen führen. B. Ottow (Dorpat).

32) **E. Mac D. Stanton** (Schenestady, N. Y.). **Ein mit Evacuator kombiniertes Cystoskop.** (New York med. journ. Bd. XCVIII. p. 265.)

Instrument mit dem nach vollendeter Litholapaxy die Trümmer der Blasensteine gleichzeitig gesehen und durch den Schaft des Cystoskops mit Hilfe eines Saugballons evakuiert werden können. Schottelius (Hamburg).

33) **V. C. Pedersen** (Neuyork). **Explosion einer Urethroskoplampe. Entfernung der Fragmente ohne Operation und ohne weitere Komplikationen.** (Med. record Bd. LXXXIV. p. 158.)

Da elektrische Mignonlampen nicht explodieren, sondern die Fragmente in sich zusammenfallen, wurden sie nach Herausziehen der Optik ohne Schwierigkeiten aus dem Schaft des Instruments herausgeschüttelt. Verletzungen der Mucosa fanden nicht statt. Schottelius (Hamburg).

Blasenmole und Chorioepitheliom.

34) **Philip F. Williams** (Philadelphia, Pa.). **Bericht über Fälle von Blasenmole aus der Universitäts-Frauenklinik.** (Amer. journ. of obst. and dis. of w. and children 1913. März.)

Bericht über vier Fälle, davon zwei Primigravidae. Blutung bestand in allen Fällen, in einem schweres Erbrechen, die Vergrößerung des Uterus war keine bedeutsame. In zwei Fällen bestand eine cystische Degeneration der Ovarien, in einem Luteinzellenproliferation, in dem zweiten war dieselbe unregelmäßig. Jaschke (Gießen).

Digitized by Google

35) **Curtis und Oui (Lille). Beitrag zum Studium der zerstörenden und penetrierenden Blasenmole.** (Annales de Gyn. et d'Obst. 1913. Juni u. Juli.)

Verff. kommen auf Grund eines eingehend untersuchten Falles von Mola hydatidosa destruens und ihrer an diesen Fall angeknüpften, sehr ausführlichen Darlegungen zu folgenden Schlüssen: Die Mola hydatidosa destruens verursacht im Uterus Veränderungen, welche variieren je nachdem, ob sie sich noch im Uterus befindet oder teilweise ausgestoßen ist. Im ersteren Falle zeigen sie anatomisch eine zerstörende oder eine penetrierende oder eine oberflächlich ulzerierende oder endlich eine neoplastische Form. Nach der teilweisen Ausstoßung der Mole sind die Veränderungen gutartiger und zeigen die penetrierende Form in Herden von verschiedenen Dimensionen. Jede destruierende Mole ist von einer gewissen lokalen Malignität, zufolge welcher sie den Uterusmuskel anfrißt, wobei sie in die Gefäße einbricht und zu schweren, eventuell tötlichen Blutungen oder zu Perforation mit Überschwemmung des Peritoneums führt. Jede destruierende Mole bedroht also durch ihre lokalen Verletzungen das Leben der Kranken. Die meisten destruierenden Molen haben mehr den Charakter einer allgemeinen Malignität, welche sich histologisch äußert durch das Bestreben nach Aussaat der epithelialen Proliferationen und klinisch durch das Auftreten von Metastasen. Alle bisher veröffentlichten destruierenden Molen zeigen die Aussaat der placentaren Elemente quer durch den Uterusmuskel hindurch und ihr Bestreben des Eindringens in die Gefäße. Die von den Verff. beobachtete Mole ist die einzige und erste, wo man rein lokale und vollständig zirkumskripte Veränderungen nachweisen konnte. Sie ist der einzige Fall einer relativ gutartigen destruierenden Mole. Die Verff. lassen es dahingestellt, ob die Gutartigkeit ihres Falles von allgemeinen Gesichtspunkten aus vorhanden ist, oder ob die beschriebene Form das gutartige Stadium auf dem Wege der Entwicklung ist. Nichts spricht dagegen, daß dieselbe Begrenzung gefunden wäre, wenn der Uterus später exstirpiert wäre. Die vorherige Diagnose der Gutartigkeit, so wie die Klinik es verlangt, ist zur Zeit unmöglich, so lange unsere Mittel der Entnahme von Uterusgewebe sich auf Ausschabung beschränken. Die kritische Beobachtung der Kranken und exakte Bekanntschaft mit analogen Tatsachen werden allein dem Kliniker die Richtschnur zum Handeln geben. Da fast alle bisher bekannten destruierenden Molen, mit Ausnahme der vorliegenden, malignen Charakter tragen, erscheint ein radikales Vorgehen in jedem Falle berechtigt. Die bekannt gewordenen Fälle sind noch nicht zahlreich genug, um eine definitive operative Statistik aufzustellen; aber man kann schon jetzt folgende Prinzipien aufstellen: Von allen Behandlungsarten haben die manuelle Ausräumung und nachfolgende Uterusexstirpation die besten Resultate gegeben. Die manuelle Extraktion ist nicht immer möglich und, wenn sie es ist, ist es nicht möglich, alle Blasen aus dem Muskelgewebe zu entfernen. Die abdominale Hysterektomie hat in allen Fällen Erfolge gezeitigt, wenn sie nicht zu spät kommt. Die Curettage ist von allen Methoden am meisten zu verdammen. Hohl (Bremerhaven).

36) **Bassal und Clermont (Toulouse). Ein Fall von beginnendem Chorionepitheliom.** (Archives générales de Chirurgie 1913. 4.)

33jährige Frau, fünf Schwangerschaften, abortiert im Februar 1910; von da ab während des nächsten Jahres zwei- bis dreimal im Monat Blutungen. Februar 1911 Totalexstirpation. Heilung und Wohlbefinden noch Ende 1912. Mikroskopische Untersuchung ergibt im Uterus einen kleinen noch fast normalen

Digitized by Google

Placentarrest und davon ausgehend einen Tumor vom Bau des Chorioepithelioms mit starker Wucherung der Langhans'schen Zellen, namentlich in die Gefäße.
Michaelis (Metz).

37) **Aug. Polbosson und H. Violet (Lyon). Das Chorioepithelioma malignum.** (Annales de Gyn. et d'Obst. 1913. Mai.)

Eine klinische Studie, in welcher an der Hand von 455 Fällen, von denen sieben selbst beobachtet, die anderen aus der Literatur zusammengestellt sind, die Ätiologie, Symptomatologie, Diagnose und Therapie des malignen Epithelioms besprochen wird.
Hohl (Bremerhaven).

38) **A. Huguier und Lorrain (Paris). Malignes Chorioepitheliom der Tube.** (Bulletins et mémoires de la société anatomique de Paris 1913. Nr. 7. Juli.)

30jährige Frau abortierte im Dezember 1911; wegen starker Blutungen November 1912 Curettage. Seit März 1913 Ausbleiben der Regel. Im Juni Feststellung eines Tumors neben dem Uterus. Diagnose: Extrauterinschwangerschaft. Die Operation ergab zweifaustgroßen Tumor des linken Ovariums, zahlreiche kleine Cysten an beiden Mesovarien. Supravaginale Hysterektomie. Die mikroskopische Untersuchung des von den Pars isthmica der Tube ausgehenden Tumors ergab typischen Befund des Chorioepithelioms. Im Uterus kein Neoplasma nachweisbar.
Michaelis (Metz).

39) **Emil Ries (Chicago). Chorionzotten in der Uteruswand 18 Jahre nach der letzten Schwangerschaft. Ein Beitrag zur Pathogenese des malignen Chorioepithelioms.** (Am. Journ. of obst. and dis. of w. and children 1913. März.)

Eine sehr schöne, klare Arbeit. Verf. gibt zunächst einen kurzen, kritischen Überblick über die seltenen Fälle von malignem Chorioepitheliom ohne vorhergegangene Schwangerschaft. Für die Fälle von Chorioepitheliom des Hodens (Schlagenhaufer) muß eine Versprengung von Trophoblast in den Fötus, für das Chorioepitheliom im Ovarium eines Kindes (Pick) eine parthenogenetische Entwicklung aus einem Ei angenommen werden.

Die viel häufigeren Fälle von Chorioepitheliom nach vorausgegangener Schwangerschaft können nur durch die Verschleppung von Chorionzotten erklärt werden. Interessant ist, daß dieselben anscheinend sehr lange am Leben bleiben können, auch ohne zu Tumorbildung Veranlassung zu geben. Fälle von später Chorioepitheliomentwicklung sind mehrfach beschrieben. Ries bringt aber einen hochinteressanten Fall, in dem in einer Vene eines myomatösen Uterus 18 Jahre nach einem Abortus bei einer 45jährigen Frau ein zunächst wie ein hyaliner Thrombus aussehendes Gebilde sich fand, das aus hyalin bzw. fibrös degenerierten Zotten bestand. Wenn auch nur ein dünner Zellbelag die Oberfläche überzieht, so ist nach den beigegebenen guten Mikrophotogrammen die Diagnose doch zweifellos. Ein Zusammenhang mit der Venenwand war nirgends nachzuweisen.
Jaschke (Gießen).

40) **Pusinich (Mantua). Beitrag zum Studium der Ovarialerkrankungen nach Mole und Chorionepitheliom.** (Folia Gynaecologica 1913. Bd. VII. Hft. 3.)

Mitteilung eines Falles der Frauenklinik Mantua, in dem sich nach Blasenmole große Cysten beider Ovarien gebildet hatten. Mikroskopisch mußten dieselben als Cysten atretischer Follikel (luteinico-folliculare) angesprochen werden. Diese sind eine häufige Begleiterscheinung aller hyperämischer Prozesse der Genitalien und nicht wesentlich von denen unterschieden, welche sich nach Mole

Digitized by Google

oder Chorioepitheliom finden. Ob sie operativ angegriffen werden müssen, ist von ihren klinischen Erscheinungen abhängig. Knoop (Duisburg).

41) **James Ewing. Hodenteratom, Chorioepitheliom in Leber und Lunge und Teratommetastasen in den Lymphdrüsen.** (Proceedings of the New York pathological Society 1913. Januar u. Februar.)

Der Sectionsbefund eines 32jährigen Mannes ergab typische Chorioepitheliomknoten in Lunge und Leber, im linken Hoden eine Geschwulst, die einmal Chorioepitheliomgewebe aufwies, dann aber auch harte, cystische Knoten mit Platten- und Zylinderepithel und embryonales Karzinom mit lymphoidem Stroma. In den Lymphdrüsen des Bauches und des Thorax waren außer jenen Cysten adenokarzinomatöse Partien mit Knorpelinseln und embryonalem Gewebe.

Michel (Coblenz).

Peritoneum und Netz.

42) **B. Credé (Dresden). Antiseptische Behandlung der Peritonitis.** (Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 38.)

Nach Durchprobierung aller bekannt gewordenen Verfahren (Eventrierung, Spülung mit großen Flüssigkeitsmengen, Drainage durch den Douglas usw.) befolgt der Verf. folgende Grundsätze: Die Bauchhöhle wird offen gelassen und nach mehreren Richtungen mit Silbergaze drainiert, um für freien Abfluß zu sorgen. Es wird örtlich und allgemein desinfiziert durch Eingießen von 20 bis 50 g einer 1%igen Kollargollösung in alle erkrankten Teile der Bauchhöhle und auf alle Darmschlingen. Die allgemeine Sepsis wird dadurch bekämpft, daß in jeden Gazetampon (es sind durchschnittlich 3) 2 bis 3 Kollargoltabletten zu 0,05 g eingelegt werden. Diese Tabletten lösen sich in wenigen Stunden auf und werden durch den Ductus thoracicus dem Blute zugeführt (Ersatz der intravenösen Kollargolinjektion). Mit diesem Verfahren ist die Mortalität bei diffuser Peritonitis bis zu 28% gesunken. Außerdem werden auch Kochsalzinfusionen gemacht, und es wird für rasche Entleerung der Darmgase Sorge getragen. Dies wird durch das intramuskuläre Abführmittel Sennatin (Helfenberg) erreicht.

Frickhinger (München).

43) **Max Fischer (Chemnitz). Über akute fortschreitende Peritonitis, ein Rückblick auf 160 operierte Fälle.** (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXXXV. Hft. 3.)

107mal waren Appendicitis, 31mal Magen- und Darmperforationen, 3mal Störung der Darmpassage, 4mal die erkrankte Gallenblase, je 1mal ein paranephritischer Abszeß und Pneumokokkeninfektion und 12mal Erkrankungen des weiblichen Genitales die Ursache. Ein Fall blieb unaufgeklärt. Von 155 genügend beobachteten Fällen wurden 73 geheilt. Den günstigsten Ausgang hatten die Appendicitisfälle, den ungünstigsten die perforierten Magen- und Duodenalgeschwüre. Von den 12 gynäkologischen Fällen starben 7. 3mal war die tödliche Peritonitis eine septisch-puerperale, 5 Pyosalpinxfälle hatten 2 Heilungen, 3 Fälle von eingetretener Parametritis hatten 2 Heilungen. 1 Gonokokkenperitonitis wurde geheilt. Als erste therapeutische Maßnahme galt die Frühoperation. Flüssige Exsudate wurden gespült, fibrinöse nicht. Bezüglich der als sehr wichtig anerkannten Nachbehandlung bringt die Arbeit keine Neuigkeiten. Enterostomien haben sich nicht recht bewährt; Physostigmin war anscheinend von günstiger Wirkung.

Calmann (Hamburg).

Digitized by Google

44) **Franz Dergane** (Laibach). **Ätherspülung bei Perforationsperitonitis.** (Wiener klin. Wochenschrift 1913. Nr. 33.)

Die von dem Franzosen Morestin stammende Methode hat Verf. in zwei Fällen von Peritonitis nach Perforation des Magens und des Darmes mit sehr gutem Erfolge angewendet. Beide Pat., die bereits in desolatem Zustande sich befanden, wurden gerettet. Nach trockenem Austupfen der Bauchhöhle wurden je 50 und 400 g Äther eingegossen und dann wieder mit trockenen Tupfern der Überschuß entfernt; beide Fälle wurden drainiert. Linzenmeier (Berlin).

45) **A. E. Hertzler** (Kansas City). **Ursachen der Netzwanderung.** (Journ. amer. med. assoc. 1913. Nr. 17. p. 1292.)

Bei direkter Beobachtung durch ein in die Bauchwand eingesetztes Fenster wurde festgestellt, daß sich Peristaltik und Bewegung des Netzes stets ausschließen. Wenn das Netz als Schutzorgan entzündliche Herde zu bedecken strebte, setzte zunächst die Peristaltik aus. Experimentell wird dann nachgewiesen, daß die Bildung eines zell- und fibrinreichen Exsudates der Netzwanderung vorangeht. Anscheinend spielen die Leukocyten eine weniger wichtige Rolle als die Fibrinausscheidung. Daß dem Netz als solchem keine spezifischen Schutzeigenschaften zukommen, wurde durch einen blanden Fremdkörper (corn-pith), der, in die Bauchhöhle gebracht, in ganz analoger Weise wie das Netz nach den verletzten oder entzündeten Stellen wanderte, bewiesen. Das Fibrin wird chemotaktisch dem Gewebe entzogen; da das Netz sehr reich an der auch im Gefäßendothel enthaltenen Kittsubstanz ist, kann es auf Reize (Entzündung) mit der Bildung eines Fibrinexsudats reagieren. Schottelius (Hamburg).

46) **E. Holländer** (Berlin). **Zur Genese der Netztumoren. (Epiploitis plastica.)** (Deutsche med. Wochenschrift 1913. Nr. 18. p. 845.)

Bei einem 40jährigen Pat. entwickelte sich im Anschluß an eine Bassini-Operation einer Leistenhernie mit Unterbindung (Seidenfaden) und Abtragung eines Netzstückes nach p. p. erfolgter Hellung im Laufe eines Jahres ein kindskopfgroßer, intraperitonealer Tumor. H. schnitt tief auf den derben Tumor ein, legte einen Gazestreifen ein und schloß die Wunde wieder. Es bildete sich an der Stelle der Tamponade ein kleiner Abszeß aus. Aus dem eiternden Kanal wurde schließlich ein Seidenfaden entfernt. Danach bildete sich in kurzer Zeit der Tumor spontan vollkommen zurück. Verf. sieht in dem Seidenfaden die mechanische Ursache der Tumorbildung. Behne (Kiel).

47) **E. Schlee.** **Über Netztorsion.** Inaug.-Diss., München, 1912.

Im Anschluß an 34 Fälle aus der Literatur beschreibt Verf. einen einschlägigen Fall, der an der II. gynäkologischen Klinik zur Beobachtung kam.

Es handelte sich um eine 38jährige, sehr korpulente Frau, welche seit langen Jahren an einer faustgroßen Leistenhernie ohne jegliche Beschwerden litt. Die Pat. reponierte die Hernie immer selbst. Ein Jahr vor ihrer jetzigen Erkrankung war bei ihr wegen schwerer Herzinsuffizienz mit allgemeinen Ödemen eine 6monatliche Schwangerschaft durch Sectio vaginalis unterbrochen worden. Vor einem Monate traten nach einer selbstgemachten Reposition ihrer Leistenhernie Erbrechen, heftige Leibschmerzen und Fieber auf, die sich in den nächsten Tagen besserten. Stuhl auf Einläufe vorhanden, nach dem Essen oftmals Erbrechen und Magenkrämpfe. Seit 3 Tagen starke Verschlimmerung des Zustandes, muß alles erbrechen, geringer Abgang von Stuhl und Winden, Schmerzen in der Nabelgegend unerträglich. Bei der Untersuchung beträgt Temperatur 38,7, der Puls 115. Pat. zeigt große motorische Unruhe, fäkulentes Erbrechen, Abdomen sehr stark aufgetrieben und gespannt. Hochgradige Druckempfindlichkeit im Magen und in

Digitized by Google

der rechten Unterbauchgegend, keine allgemeine peritonitische Druckempfindlichkeit. In der rechten Unterbauchgegend ein etwa kindskopfgroßer Tumor fühlbar, der wegen der abnormen Schmerzhaftigkeit nicht deutlich abgetastet werden kann. Die Genitaluntersuchung ergibt den Uterus leicht vergrößert, Adnexe und Parametrien ohne besonderen Befund. Diagnose wurde gestellt auf stilgedrehten Ovarialtumor. Die vorgenommene Laparotomie ergab: Nach Eröffnung des Peritoneums Abfließen blutig seröser Flüssigkeit. Darmschlingen stark gebläht, Serosa injiziert, aber glatt und ohne Auflagerungen. Querkolon kollabiert, nach abwärts gezogen, in der Mitte abgeknickt, durch einen ziemlich dünnen, von ihm ausgehenden, nach rechts abwärts ziehenden Strang, der ziemlich stark gespannt in einen doppelt faustgroßen, in der rechten Fossa iliaca liegenden Tumor übergeht. Dieser ist dunkelblaurot, von festweicher Konsistenz, unregelmäßiger Oberfläche und allseitig leicht lösbar verwachsen. Nach Lösung des Tumors Entwicklung desselben. Er erweist sich als das sehr fettreiche, ganze große Netz, das 3mal linksspiralig gedreht ist, an seiner Ansatzstelle am Kolon sehr fettarm und hier nochmals um 180° linksspiralig gedreht ist. Resektion des Netzes durch Abbinden an der Ansatzstelle. Etagennähte, Amann'sche Schleifennaht der Bauchdecken.

Reaktionslose Heilung. Das Präparat ist 350 g schwer und in aufgedrehtem Zustande 34 cm lang. Der ganze Tumor besteht aus dunkelblaurotem, knolligem, teilweise zusammengeklumpten Fett mit stark dilatierten und in großer Ausdehnung thrombosierten Venen. Der 6 cm lange, auffallend dünne, zerreißliche Stiel ist im Gegensatz zum Tumor fettarm. Abgesehen von der bei der Operation entfalteten Drehung des Stieles um 180° zeigt der periphere Teil eine fortlaufende Torsion um 540°. Eisenreich (München).

Allgemein-Operatives.

48) **Martin Kirschner** (Königsberg i. Pr.). **Der gegenwärtige Stand und die nächsten Aussichten der autoplastischen freien Fascienübertragung.** (Beitr. z. klin. Chir. Bd. LXXXVI. Hft. 1.)

Die groß angelegte, mit 32 Abbildungen ausgestattete Arbeit behandelt in erschöpfender Weise das ganze Gebiet. An dieser Stelle können nur die in die gynäkologische Interessensphäre reichenden Teile berücksichtigt werden. Als hauptsächliches und für jeden Fall ausreichendes Material dient die Fascia lata femoris. Diese nimmt nach dem Knie und nach hinten allmählich an Stärke zu. Der Defekt braucht nicht versorgt zu werden. Die Autoplastik bietet die besten Aussichten. Zu verwenden sind Fascienbänder zur Fixation parenchymatöser Organe, z. B. der Niere, zum Verschluß einer normalen Darmpassage, zur Behandlung des Rektumprolapses und als Nahtmaterial (z. B. bei Bauchbrüchen). Faszienplatten sind zu verwenden bei der Radikalbehandlung der epigastrischen, der umbilikalen und der seitlichen Bauchwandbrüche und als Ersatz von Bauchwanddefekten, ferner zur Radikalbehandlung der Inguinal- und Cruralhernien, zur Stillung von Blutungen aus parenchymatösen Organen, so der Leber, der Milz, dagegen nicht der Nieren wegen der zu befürchtenden Urininfiltration der Nähte, des weiteren zur Sicherung von Gefäßnähten und zum Verschluß schleimhauttragender Hohlorgane, wie Blase und Harnröhre. Doch ist nach Ansicht des Verfassers der Nutzen hier zweifelhaft, das Hilfsmittel entbehrlich gegenüber den früheren Methoden. Es besteht auch die Gefahr der Nekrose und Ausstoßung der Fascie, besonders in einem nicht aseptischen Gebiet. Calmann (Hamburg).

Digitized by Google

49) **L. K. P. Farrar** (Neuyork). **Die Deutung des Schmerzes in Fällen dringlicher chirurgischer Eingriffe.** (New York med. journ. Bd. XCVIII. Nr. 2. p. 84.)

Besprochen werden entsprechend ihrer Häufigkeit: Appendicitis, Extrauteringravidität und inkarzerierte Hernie. Der elementar gehaltene Artikel bringt kaum Neues. Erwähnt sei nur, daß bei chronischer Appendicitis oft die Schmerzen von weiblichen Pat. nur während der Periode (Kongestion der Beckenorgane) empfunden und als Dysmenorrhöe gedeutet werden. Schottelius (Hamburg).

50) **S. W. Bandler** (Neuyork). **Die Bedeutung und der Wert des umgekehrten T-Schnittes in der vaginalen Chirurgie.** (Medical Record. Bd. LXXXIII, Nr. 26. p. 1164.)

Nichts Neues. Schottelius (Hamburg).

51) **Ebeler** (Köln). **Zur Anregung der Peristaltik nach Laparotomien.** (Med. Klinik 1913. Nr. 37.)

Der Gynäkologe hat nach seinen Operationen häufiger mit Darmatonien zu kämpfen als der Chirurg, weil bei den Operationen im kleinen Becken der Dünndarm mehr gequetscht wird als bei den hohen chirurgischen Operationen, wo der Darm einfach vorgelagert werden kann. Als Mittel zur Bekämpfung stehen zur Verfügung: 1) die Glyzerinspritze, 2) Thermophore, 3) die Darmeinläufe Pettenkofer's. Das anfangs so gepriesene Hormonal hat nicht gehalten, was es versprach. Die dadurch bedingte Blutdrucksenkung hat verschiedentlich zu schweren Kollapsen geführt, weshalb es heute fast verlassen worden ist. Das Peristaltin hingegen wird sehr gelobt. In jüngster Zeit ist aus der Tübinger Frauenklinik die Pituitrin-Kochsalz-Infusion zur Belebung der Peristaltik empfohlen worden. Seit $^1/_2$ Jahr war endlich ein neues Mittel der Helfenberger Fabrik in den Handel gebracht, Samatin, das an 300 Fällen probiert, sehr gute Resultate ergeben hat. Während dies Mittel anfangs erst injiziert wurde, wenn die Zeichen der Darmlähmung begannen, wird es jetzt prophylaktisch nach der Operation gegeben, wodurch recht gute Erfolge erzielt sind. Die Injektion wird intramuskulär gemacht. Die Wirkung setzt 5—6 Stunden nachher ein, es wurde öfter durch ein Darmrohr nachgeholfen. Es blieb nunmehr bei der guten Darmtätigkeit, ohne daß erneut injiziert zu werden brauchte.

H. Köhler (Kiel).

52) **J. H. Kenyon** (Neuyork). **Die dauernde Saugung und ihre Verwendung bei der Nachbehandlung von Operierten.** (Surgery, gynecology and obstetrics Vol. XVII. Nr. 1.)

Verf. empfiehlt zur Besserung der Drainage dauernde Verbindung der Drainageröhren mit einer im Krankensaal angebrachten Wasserstrahlluftpumpe. Einzelheiten der Technik sind im Original nachzulesen. Stern (Offenbach).

53) **Robert T. Morris** (Neuyork). **Der „Darm-Türmacher" (bowel doormaker) mit Beschreibung der technischen Anwendung bei Rekto-ileoanastomose.** (Med. Record. Bd. LXXXIV. Nr. 3. p. 103.)

Das Instrument, eine stumpfwinklig gebogene Klemme, deren einer Arm gefenstert ist, wird durch den Anus eingeführt, nach Laparotomie wird dann die nicht gefensterte Branche durch eine kleine Inzision aus dem Dickdarm herausgeleitet und in die gleichfalls inzidierte betreffende Dünndarmschlinge eingeführt. Schluß der Klemme und Vernähung der Serosa der beiden zu anastomosierenden Darmabschnitte. Nach 48 Stunden sind die eingeklemmten Darmwände durch Kompression nekrotisiert und das Instrument wird entfernt.

Schottelius (Hamburg).

Digitized by Google

54) **Jambé. Neue Uteruscurette.** (Revue médicale de la suisse romande 1913. Nr. 5.)

Die Schneide der Curette sitzt statt an einem langen Stiel direkt an einem Ring, der auf einen Finger aufgesetzt wird, dessen Nagelglied zum Tasten freilassend. Eine größere Nummer ist zum Aufsetzen auf zwei Finger eingerichtet. Fabrik: Schärer, Bern. F. König (Bern).

Kaiserschnitt.

55) **Edward P. Davis (Philadelphia, Pa.). Der klassische Kaiserschnitt.** (Amer. journ. of obst. and dis. of w. and children 1913. März.)

Eine Art klinischer Vortrag. Verf. betont die ständig zunehmende Erweiterung der Indikationen zum Kaiserschnitt (vorzeitige Placentarlösung, Placenta praevia, Eklampsie u. a.), die in den Fortschritten der Technik (besonders der exakten Naht nach Saenger) und der damit einhergehenden Besserung der Resultate ihre Berechtigung findet. Verf. eröffnet den Uterus in situ. Die Gefahren für die Mütter bestehen in Infektion, später in der Rupturgefahr. Gegen erstere Gefahr schützt Auswahl der Fälle, Drainage des Uterus bei infektionsverdächtigen, Porro bei infizierten Fällen, gegen letztere eine exakte Naht und primäre Heilung. Wo darüber Zweifel bestehen, ist sorgfältigste Überwachung jeder folgenden Gravidität notwendig. Die Adhäsionsgefahr hat ihre Vorteile und Nachteile: sie schützt vor Retroflexio, verursacht aber öfters Zerrungsschmerzen. Die Mortalität der Kinder ist um so geringer, je früher die Sectio gemacht wird. Wichtig ist auch, daß dieselbe nur im Krankenhause und nur von Leuten gemacht wird, die auch über die entsprechende Technik verfügen. Jaschke (Gießen).

56) **Edward P. Davis (Philadelphia, Pa.). Der gegenwärtige Stand der Kaiserschnittstechnik.** (Amer. journ. of obst. and dis. of w. and children 1913. Juli.)

Verf. bespricht die gegenwärtig üblichen Techniken und kommt zu dem Ergebnis, daß ein zweifellos extraperitoneales Vorgehen oft in wichtigen Fällen mißlingt. Demgegenüber vermeidet die Methode der supraumbilikalen Bauchinzision mit dichtem Anpressen des Uterus an die Wundränder und Entleerung desselben in halber Seitenlage so gut wie jede Infektion der Bauchhöhle. In infizierten Fällen bleibt freilich immer nur der Porro über. Verf. hat 103 reine Fälle mit 0,97% Mortalität und 30 infizierte Fälle mit 33,3% Mortalität, außerdem 2 Fälle von Sectio in mortua und moribunda. Bemerkenswert ist, daß alle geheilten infizierten Fälle eine Serie von 20 Porrooperationen betrafen. Die Gesamtmortalität aller 135 reinen und unreinen Fälle betrug also 8%.

Jaschke (Gießen).

Berichtigung. In Nr. 41 p. 1520 Z. 26 v. o. lies Gewebe statt Grube.

Originalmitteilungen und Referate für das Zentralblatt wolle man an *Prof. Dr. W. Stoeckel* in Kiel, Monographien, Sonderdrucke und Bücher-sendungen an *Prof. Dr. W. Stoeckel* oder an die Verlagshandlung von *Johann Ambrosius Barth*, Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. W. Stoeckel in Kiel.

Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Digitized by Google

Zentralblatt für Gynäkologie

begründet von HEINRICH FRITSCH

herausgegeben von

WALTER STOECKEL in Kiel.

37. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 47. Sonnabend, den 22. November 1913.

Inhalt.

Originalien: I. **J. Braude**, Die Durchgängigkeit des Cervicalkanals und des Muttermundes am Ende der Schwangerschaft. — II. **H. v. Ortenberg**, Die Verwendung gestielter Hautlappen zum Verschluß großer Mastdarm-Scheidendefekte.

Berichte: 1) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin. **Voigts**, Kephalhämatom. — **Schäfer**, Abderhalden's Reaktion. — **Strassmann**, Physopyometra; seltener Adnexbefund; Doppelbildung; Placenta monamniotischer Zwillinge. — **Bumm**, Ureterverletzungen.

2) Geburtshilfliche Gesellschaft zu Hamburg: **Wichmann**, Licht- und Strahlentherapie.

Zeitschriften: 3) Hegar's Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XIX. Hft. 1. **Sellheim**, Natürliche und künstliche Entbindung. — **Keller**, Veränderungen im Ovarium während der Gravidität. — 8) **Eisenbach**, Herzerkrankungen und Schwangerschaft. — **v. Hecker**, Puerperale Infektion. — **Jakobs**, Adenomyome.

4) Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XXXVIII. Hft. 4. **Neu-Keller**, Leberfunktion in der Gravidität. — **Wolff**, Abderhalden's Reaktion. — **Puppel**, Hypophysenpräparate. — **Bublitschenko**, Abortus spontaneus praeternaturalis. — **Nebesky**, Komplette Uterusruptur. — **Biener**, Lithopädion im Mesenterium.

Allgemeine Anatomie und Pathologie: 5) **Heyde** und **Vogt**, Ursachen des Verbrennungstodes. — 6) **Schoene**, Gewebsverpflanzung. — 7) **Fleisher** und **Loeb**, Transplantation von Tumoren. — 8) **Stewart**, Malignität der Riesenzellensarkome. — 9) **Maverick**, Von der Natur gemachte Fehler. — 10) **Magnus**, Konservierung mit Zuckerlösung.

Allgemeine Gynäkologie: 11) **Tandler**, Konstitution und Rassenhygiene. — 12) **Strohmayer**, Zur Inzuchtfrage. — 13) **Hofstätter**, Sekundäre Geschlechtscharaktere. — 14) **Hegler**, **Fränkel**, **Schumm**, Haematoporphyria congenita. — 15) **Goldthwait**, Visceroptose. — 16) **Handley**, Dreifingerfluktuation.

Sterilität und Sterilisierung: 17) **Kosmak**, Ovarialerkrankungen. — 18) **Lewis**, Tubendilatation. — 19) **Leonard**, Tubenunterbindung. — 20) **Daude**, Bäderbehandlung. — 21) **Rawes**, Intrauterinstifte. — 22) **Facilides**, 23) **Schardt**, Myom und Fertilität.

Uterusruptur und Uterusperforation: 24) **Davis**, 25) **Varaldo**, 26) **Espeut**, Uterusruptur. — 27) **Bastianelli**, 28) **Zimbler**, 29) **Nicolay**, Uterusperforation.

Pituitrin: 30) **Popielski**, 31) **Schickele**, 32) **Heany**, 33) **Litzenberg**, 34) **Clifton Edgar**, 35) **Neuwirth**, Pituitrin.

Darm: 36) **Füth**, 37) **Longard**, 38) **Deutz**, 39) **Legiardi-Lama**, 40) **Palmer**, Appendicitis. — 41) **Müller**, Karzinoid des Wurmfortsatzes. — 42) **Paczek**, Pseudomyxombildung. — 43) **Neumann**, Oxyuren und Askariden. — 44) **Royster**, Adhäsionen des Sigmoideum. — 45) **Wiegand**, Hilfsoperationen am Darm.

I.

Aus der Privatfrauenklinik von Prof. Dr. P. Strassmann (Berlin).

Die Durchgängigkeit des Cervicalkanals und des Muttermundes am Ende der Schwangerschaft.

Von

Dr. med. J. Braude, Assistent der Klinik.

Es ist bekannt, wie schwer es ist, einigermaßen genau den normalen Geburtstermin festzustellen. Die Anamnese und der objektive Befund lassen oft genug im Stich. Der Umfang des Leibes, der Hochstand des Uterusfundus, der Stand

Digitized by Google

des kindlichen Kopfes geben keinen genauen Aufschluß über den Zeitpunkt der zu erwartenden Entbindung. Aber auch der innere Befund, das Verstreichen der Portio und die Durchgängigkeit des Cervicalkanals sind nicht immer sichere Zeichen der unmittelbar zu erwartenden Geburt.

In den verbreitetsten Lehrbüchern der Geburtshilfe findet man wenig über das Offensein des Cervicalkanals am Ende der Schwangerschaft. Die Frage ist aber für den Praktiker von Bedeutung. Ist es ein Zeichen der unmittelbar bevorstehenden Geburt, beziehentlich Frühgeburt, wenn der Untersucher den Cervicalkanal, beziehentlich den Muttermund durchgängig findet und mit dem Finger den Eipol erreichen kann, oder kann unter diesen Umständen die Schwangerschaft noch weiter fortschreiten?

Nach der Schilderung der Eröffnungsperiode im Bumm'schen Lehrbuch bleibt bei Erstgebärenden der äußere Muttermund geschlossen, bis der innere Muttermund und der Cervicalkanal vollständig entfaltet sind; bei Mehrgebärenden ist der äußere Muttermund schon einige Wochen vor der Geburt für zwei Finger durchgängig. Im Runge'schen Lehrbuch finden wir, daß bei Erstgebärenden kurz vor der Geburt die Portio mehr oder weniger verstrichen ist und der äußere Muttermund etwas geöffnet, während bei Mehrgebärenden die Portio noch stets fühlbar, aber der ganze Cervicalkanal für den Finger meist durchgängig ist.

Man müßte also annehmen, daß, wenn bei einer Primipara der Cervicalkanal für den Finger durchgängig ist, die Geburt schon im Gange sei.

Das Winckel'sche Handbuch der Geburtshilfe gibt uns darüber folgenden Aufschluß: Nach Kuester steht der äußere Muttermund gewöhnlich in den letzten Schwangerschaftsmonaten offen, auch der innere ist in einer bestimmten Zahl der Fälle offen. Nach Litzmann ist bei Erstgeschwängerten der Halskanal in 36—39 Wochen nur ganz selten durchgängig. Nach Obduktionsbefunden bei verstorbenen Hochschwangeren (Duncan, Braune, Müller) ist der innere Muttermund nicht stets bis zum Eintritt der Wehen geschlossen.

Nach Lehmann (aus der Fehling'schen Klinik) zeigt sich die Eröffnung des äußeren Muttermundes bei Erstgeschwängerten zwischen 38 und 39 Wochen gleich häufig wie bei Mehrgebärenden zwischen der 32. und 36. Woche; der innere Muttermund öffnet sich bei ersteren im 8., bei letzteren schon im 7. Monat.

Nach A. Martin öffnet sich der äußere Muttermund bei den meisten Erstgeschwängerten im 9. und 10. Monat; der innere bleibt gewöhnlich bis in die letzten Wochen der Schwangerschaft geschlossen.

Um über diese Frage ein eigenes Urteil zu bekommen, haben wir unser poliklinisches und klinisches Material durchmustert, und zwar haben wir nur die Erstgeschwängerten in unseren Untersuchungskreis gezogen, weil bei Mehrgebärenden die Durchgängigkeit des Cervicalkanals am Ende der Schwangerschaft von allen bestätigt wird, und weil bei Erstgeschwängerten das Klaffen des Cervicalkanals, verursacht durch Einrisse bei den vorherigen Entbindungen und durch Überdehnung der Schließmuskulatur, wegfällt, der Befund also eindeutig ist. Die Frauen, die sich in unserer Sprechstunde auf Schwangerschaft untersuchen lassen, werden am Ende der Gravidität alle 3—4 Wochen zur nochmaligen Untersuchung bestellt.

Das Datum, an dem der Cervicalkanal (beziehentlich bei seinem Verstreichen der Muttermund) zuerst offen gefunden war, wurde mit dem Datum der Entbindung bei dieser Frau verglichen; wenn es sich dabei herausstellte, daß zwischen diesen zwei Daten so und so viel Zeit vergangen war, so ist das selbstverständlich nur das Minimum des Zeitabschnittes, in dem der Kanal offen

Digitized by Google

stand; denn wie lange vor der betreffenden Untersuchung der Kanal schon offen war, wissen wir natürlich nicht.

Ebenso ist es möglich, daß bei manchen Frauen, die zuletzt mehrere Wochen vor dem Endtermin untersucht wurden, und bei denen der Cervicalkanal, beziehendlich der Muttermund geschlossen war, der nach dieser Untersuchung eröffnete Kanal vor der Geburt nicht mehr zur Beobachtung kam. Die Zahl der Fälle aus unserem Material, bei denen das Offensein des Cervicalkanals vor der Geburt beobachtet wurde, ist also wiederum die minimale.

Im 9.—10. Monat der Gravidität wurden innerlich untersucht 180 Erstgeschwängerte. Von diesen hatten einen durchgängigen Cervicalkanal, beziehentlich Muttermund folgende:

Journal-Nr.	Name	Alter	Die Untersuchung ergab		Tag dieser Untersuchung	Tag der Entbindung	Zeit, in der der Cervicalkanal bzw. Muttermund offen stand in Tagen
			Portio	Cervicalkanal bzw. Muttermund durchgängig für			
82	F.	19	verstrichen	1 Finger	28. IX. 10	8. X. 10	11
89	K.	21	„	2 „	23. VII. 10	2. VIII. 10	10
107	W.	20	„	1 „	23. IX. 10	26. IX. 10	3
121	D.	22	kurz	1 „	28. IX. 10	3. X. 10	6
138	F.	19	„	1 „	28. X. 10	2. XI. 10	4
148	H.	23	„	1 „	18. XI. 10	28. XI. 10	10
159	L.	19	verstrichen	1 „	30. XI. 10	5. XII. 10	6
40	Sch.	18		1 „	15. II. 11	24. II. 11	9
44	L.	21		2 „	13. III. 11	16. III. 11	3
77	W.	21	„	1 „	31. III. 11	4. IV. 11	4
106	Sch.	22	„	1 „	15. III. 11	31. III. 11	16
189	R.	23	„	1 „	20. IX. 11	22. IX. 11	2
190	H.	32/43	kurz	1 „	26. VI. 11	8. VII. 11	12
283	P.		„	1 „	23. VIII. 11	11. IX. 11	19
307	W.	23		1 „	13. IX. 11	22. IX. 11	9
340	G.	18	„	1 „	20. X. 11	22. X. 11	2
341	T.	20	„	1 „	24. XI. 11	7. XII. 11	13
384	F.	22	„	1 „	24. XI. 11	27. XI. 11	3
75	Sch.	28	verstrichen	1 „	14. II. 12	8. III. 12	23
198	K.	28	kurz	1 „	13. V. 12	3. VI. 12	20
237	O.	23	„	1 „	27. VI. 12	13. VII. 12	16
263	F.	39	erhalten	1 „	22. VII. 12	3. VIII. 12	12
305	H.	34	verstrichen	1 „	2. X. 12	3. X. 12	1
373	F.	28	„	1 „ / 1 „	9. X. 12 / 28. X. 12	?	19
278	G.	26	kurz	1 „	26. VIII. 12	28. VIII. 12	2
399	Sch.	19	verstrichen	1-2 „	23. X. 12	4. XI. 12	12
445	Sch.	21	„	2 „	29. XI. 12	1. XII. 12	3
481	R.	23	„	1 „	18. XII. 12	20. XII. 12	3
335	R.	18	kurz	2 „	6. IX. 12	12. IX. 12	6
227	H.		verstrichen	1 „	26. VI. 12	28. VI. 12	2
211	H.	22	„	1 „	24. V. 12	30. V. 12	6
57	R.	25	kurz	1 „	2. II. 13	3. II. 13	1
38	R.	20	verstrichen	1 „	17. I. 13	22. I. 13	5

Digitized by Google

Journal-Nr.	Name	Alter	Die Untersuchung ergab: Portio	Die Untersuchung ergab: Cervicalkanal bzw. Muttermund durchgängig für	Tag dieser Untersuchung	Tag der Entbindung	Zeit, in der der Cervicalkanal bzw. Muttermund offen stand in Tagen
97	P.	22	kurz	1 „	24. II. 13	16. III. 13	20
123	R.	25	verstrichen	1 „	5. III. 13	8. III. 13	3
207	G.	20	„	1 „	16. IV. 13	26. IV. 13	10
715	R.	26		1 „	30. VII. 13	5. VIII. 13	6
41	K.	26	kurz	1 „	20. I. 13	29. I. 13	9
112	T.	29	verstrichen	1 „	3. III. 13	6. III. 13	3
182	S.	20	„	2 „	2. IV. 13	5. IV. 13	3
201	W.	31	„	1 „	11. IV. 13.	17. IV. 13	6
328	R.	27	kurz	1 „ 2 „	13. VI. 13 25. VI. 13	? 26. VI. 13	? 13
342	St.	21	verstrichen	1 „	20. VI. 13	30. VI. 13	10
399	B.	40	„	1 „	22. VIII. 13	10. IX. 13	19
293	N.	31		1 „	25. VII. 13	14. VIII. 13	20

Im 8.—9. Monat der Gravidität wurden innerlich untersucht 263 Igebärende. Von diesen hatten einen durchgängigen Cervicalkanal, bzw. Muttermund folgende:

10	G.	20	verstrichen	1 Finger	30. III. 10	1. IV. 10	2
16	F.	28	„	1 „	8. IV. 10	12. V. 10	34
98	F.	26	„	1 „	7. X. 10	9. X. 10	2
81	W.	22	„	1 „	27. II. 11	23. III. 11	25
100	Sch.	25	„	1 „	28. III. 11	3. V. 11	35
173	Sch.	27	„	2 „	30. V. 11	2. VI. 11	2
215	B.	22	„	1 „	23. VI. 11	29. VI. 11	6
224	F.	20	„	1 „	23. VIII. 11	26. VIII. 11	3
227	W.	33	„	1 „	10. VII. 11	29. VII. 11	19
302	S.	23	kurz	1 „	1. VIII. 11	4. IX. 11	35
396	Sch.	27	verstrichen	1 „	6. XII. 11	28. XII. 11	22
7	W.	21	kurz	1 „	5. I. 12	11. I. 12	6
37	J.	24	verstrichen	1 „	12. II. 12	13. II. 12	1
120	B.	22	kurz	1 „	12. IV. 12	17. IV. 12	5
1	O.	26	„	1 „	3. I. 12	17. I. 12	14
2	L.	20	verstrichen	1 „	3. I. 12	28. I. 12	25
77	W.	20	kurz	1 „	14. II. 12	19. II. 12	5
252	F.	25	„	1 „	28. VI. 12	18. VII. 12	20
283	M.	27	erhalten	1 „	19. VII. 12	30. VIII. 12	42
440	B.	21	kurz	1 „	25. XI. 12	1. XII. 12	6
467	C.	19	verstrichen	1 „	1. XII. 12	15. XII. 12	15
309	B.	21	erhalten	1 „	8. VI. 12	11. VIII. 12	64
120	T.	24	„	1 „	5. III. 13	18. III. 13	13
165	St.	22	verstrichen	2 „	26. III. 13	1. IV. 13	5
225	Sch.	27	kurz	1 „	28. IV. 13	10. VI. 13	43
267	S.	24	„	1 „ 1 „	18. VI. 13 16. VII. 13	15. VIII.	58
407	Sch.	25	„	1 „	21. VII. 13	6. IX. 13	47
469	L.	26	„	1 „	27. VIII. 13	6. IX. 13	10

Digitized by Google

Im 7.—8. Monat der Gravidität wurden innerlich untersucht 134 Erstgeschwängerte. Von diesen hatten einen durchgängigen Cervicalkanal folgende:

Journal-Nr.	Name	Alter	Die Untersuchung ergab		Tag dieser Untersuchung	Tag der Entbindung	Zeit, in der der Cervicalkanal bzw. Muttermund offen stand in Tagen
			Portio	Cervicalkanal bzw. Muttermund durchgängig für			
17	R.	23	kurz	1 Finger	12. IV. 10	20. V. 10	38
165	Sch.	23	erhalten	1 „ 1 „	7. XII. 10 18 I. 11	10. II. 11	65
67	G.	28	kurz	1 „	15. II. 11	4. III. 11	17
6	H.	24	erhalten	1 „	5. I. 12	18. II. 12	44

Aus diesen Tabellen geht hervor, daß von den 180 Iparen im 9.—10. Graviditätsmonat bei 46 Frauen der Cervicalkanal offen gefunden wurde. Von diesen letzten stand bei 20 Frauen der Cervicalkanal noch 5—15 Tage, bei 9 Frauen 16—25 Tage offen.

Unter den 263 Iparen im 8.—9. Monat wurde das Offensein des Cervicalkanals 28mal beobachtet. Von diesen letzten war bei 10 Frauen der Cervicalkanal noch 5—15 Tage, bei 5 Frauen 16—25 Tage, bei 5 Frauen 26—45 Tage und bei 3 Frauen 46—64 Tage offen.

Von den 134 Iparen im 7.—8. Monat war der Cervicalkanal bei 4 Frauen offen gefunden, und bei allen diesen blieb er noch 17—65 Tage offen.

Irgendwelche Statistiken auf Grund dieser Zahlen zu machen, erscheint uns nicht angebracht, da, wie schon vorher hervorgehoben worden ist, unsere Zahlen in bezug auf die Zahl der Fälle, bei denen das Offensein des Cervicalkanals, beziehentlich des Muttermundes, beobachtet wurde, sowie in bezug auf die Zeit, in der der Cervicalkanal offen stand, aus den oben erwähnten Gründen nur die minimalen sind. Aber sie zeigen deutlich, daß der für den Finger durchgängige Cervicalkanal, beziehentlich Muttermund, kein sicheres Zeichen der unmittelbar bevorstehenden Geburt auch bei Erstgeschwängerten ist.

Beim großen Teil unserer Fälle, in denen der Cervicalkanal in der Schwangerschaft offen für den Finger war, ging die Schwangerschaft weiter und erreichte zum großen Teil das annähernd normale Ende (280 Tage).

Dasselbe sehen wir in den Fällen, in denen die Portio verstrichen und der Muttermund durchgängig für den Finger war.

II.

Aus der medizinisch-chirurgischen Klinik des Hospitals „Zum Hl. Kreuz“ Santa Cruz, Brasilien.

Die Verwendung gestielter Hautlappen zum Verschluss großer Mastdarm-Scheidendefekte.

Von

Dr. med. Heinz von Ortenberg.

Schon unter europäischen Kulturverhältnissen sind schwere Geburtstraumen mit ihren üblen Folgen für die Frau immer noch recht häufig; um so mehr ist es

Digitized by Google

erklärlich, daß in halbzivilisierten Ländern, in denen noch großer Mangel an geschulten Geburtshelfern und Hebammen herrscht, dem Gynäkologen die Folgen allerschwerster puerperaler Verletzungen recht häufig zu Gesicht und zur Behandlung kommen.

Unter diesen sind die Genitalfisteln wohl die häufigsten. Dazu sei hier ein Fall mitgeteilt, welcher durch die Art seiner Entstehung, durch die besondere Größe und die Art, wie er zur Heilung gebracht wurde, Interesse verdient.

Anamnese: Frau B., 21 Jahre, Ipara, Kolonie Paraiso, wurde vor 6 Monaten entbunden. Der Kopf des Kindes stand dabei angeblich 2 Tage lang sichtbar in der Schamspalte, rückte aber nicht vorwärts trotz vielfacher Bemühungen weiser Nachbarfrauen. Schließlich wurde eine andere Frau aus entfernterer Gegend hinzugezogen; die Gebärende hatte seit 2 Tagen keinen Urin mehr lassen können und die Blase soll sich wie eine Kugel über der Symphyse vorgewölbt haben. Die zuletzt hinzugezogene Frau nahm nun zwei länger benutzte und daher an den Rändern schon recht scharfe Zinneßlöffel und hebelte damit, von oben und unten neben dem Kopf eingehend, diesen heraus. Frucht tot, 1 Monat dauerndes fieberhaftes Wochenbett. Dann nimmt die Frau ihre Hausarbeit wieder auf, begibt sich aber, da ihr Stuhlgang und Urin dauernd durch die Scheide abfließen, jetzt in meine Behandlung. Befund: Ekzem der Vulva und der inneren Schenkelhaut. Abgang von Stuhlgang und stinkendem Urin. Hinter dem Introitus ein harter Narbenring, für Zeigefinger durchgängig. Hinter diesem nach der Blase zu ein querverlaufendes, 3 cm langes und 1 cm breites Loch an Stelle des hinteren Teiles der Urethra und des Blasenhalses; beiderseits mit der hinteren Wand der Schambeinäste fest verwachsene Ränder. Nach dem Mastdarm zu, hinter dem 2 cm dicken Narbenring ein gut talergroßer Defekt, dessen oberer Rand hart und scharf in den Rest des hinteren Scheidengewölbes übergeht. Uterus frei beweglich. Portio zapfenförmig fühlbar. Adnexe durch den Narbenring nicht erreichbar. Parametrien weich. Operation am 5. V. Spalten des Narbenringes nach hinten in den Mastdarm hinein; zwei seitliche, etwa 5 cm lange Hilfsschnitte in der Richtung auf die Tubera ischi. Jetzt ist das Operationsgebiet ziemlich gut zugänglich, und es ist ein tiefer Dammriß III. Grades hergestellt. Schluß der Blasenscheidenfistel durch Anfrischung, ausgiebige Lappenspaltung und Aufbau des hinteren Teiles der Harnröhre durch Plastik von den Seiten her um einen eingelegten Katheter. Der Mastdarm wird von der hinteren Scheidenwand weit nach oben losgetrennt und mit einiger Verengerung für sich exakt vernäht; darüber werden die Reste der hinteren Scheidenwand unter Heranziehung und Benutzung der sehr spärlichen Reste des seitlichen Scheidenwandmaterials nach möglichst ausgiebiger Unterminierung vereinigt. Diese Vereinigung gelingt aber nur unvollkommen und unter sehr starker Spannung des Gewebes, weil sich herausstellt, daß ein großer Teil der Hinterwand des Scheidenrohres fehlt. Dauerkatheter. Das Resultat befriedigte wenig. Die Blasen-Harnröhren-Scheidenfistel öffnete sich wieder nach Entfernung des Katheters, die hinteren Scheidenwandreste retrahierten sich, und es öffnete sich auch wieder die ihrer Überpolsterung beraubte Mastdarmnaht. II. Operation 3 Wochen später. Durchschneidung der neugebildeten Hautbrücke in der Gegend des Afters. Abpräparierung des ganzen restierenden Scheidenrohrs hoch hinauf, Loslösung des um beide Schambeinäste greifenden adhärenten Narbengewebes der Blasenfistel. Nochmaliger plastischer Aufbau des hinteren Teiles der Urethra und des Blasenhalses durch Lappenbildung und seitliche Entspannungsschnitte. Dabei geht nach hinten noch mehr Material verloren. Neue Schließung des Mast-

Digitized by Google

darms durch acht Knopfnähte und Überlagerung der restierenden hinteren Scheidenwand, soweit es ohne Spannung möglich ist. Der unten fehlende Teil der hinteren Scheidenwand, welcher auch nicht mehr durch seitliche Lappen zu decken ist, hat eine Länge und Breite von etwa 5 cm. Um diesen zu decken, wird aus der Haut der rechten Nates ein entsprechend großer Lappen geschnitten, welcher gestielt ist und mit seiner Hautbrücke nach dem After zu liegt. Der Lappen wird in die Scheide hineingeklappt und mit seiner wunden Seite gegen die Mastdarmnaht gelegt und seitlich vernäht. Der entstandene Hautdefekt ließ sich fast ganz zusammenziehen. Der Hautlappen schmiegte sich gut den Scheidenverhältnissen an, und der umgeklappte Stiel trat an Stelle des Dammes. Verlauf fieberfrei. Der Lappen heilte glatt ein und übernahm die Stelle der fehlenden hinteren Scheidenwand. Auch die Blasen-Scheidenfistel schloß sich vollständig. Pat. kann Stuhlgang und Flatus jetzt vollkommen, Urin im Liegen auch schon genügend halten. Es wird noch eine weitere Kräftigung und Regenerierung der Blasenhalsmuskulatur erwartet.

Wenn auch zugegeben werden muß, daß der Ersatz der hinteren Schleimhautscheidenwand durch Epidermishaut kein idealer ist, auch der Aufbau des Dammes nicht in seiner alten Form erreicht werden konnte, so glaube ich doch in Berücksichtigung der Schwere der Zerstörungen ein in bezug auf die Funktion der Organe derartig gutes Resultat erzielt zu haben, daß ich in ähnlichem Falle, statt mich anderer, die Funktion der Organe ganz oder zum Teil aufhebender Operationen dieser Methode wieder bedienen werde.

Berichte aus gynäkologischen Gesellschaften.

1) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung vom 25. April 1913.

Vorsitzender: Herr Bumm, später Herr Franz;
Schriftführer: Herr P. Strassmann.

Herr Voigts demonstriert ein Kind mit Kephalhämatom auf dem Hinterhauptsbein, entstanden nach Geburt in Steißlage. Kurze Besprechung der Ätiologie des Kephalhämatoms.

Herr Schäfer: Zur Technik der Abderhalden'schen Reaktion.

Vortr. schildert das Dialysierverfahren und die optische Methode und demonstriert Versuche. Er macht auf Fehlerquellen aufmerksam und teilt zum Schluß einige interessante Diagnosen mit, ohne seine genauen Resultate mitzuteilen.

Diskussion: Herr R. Freund erklärt die auffallenden Unterschiede zwischen den Resultaten der ersten Arbeit (Abderhalden-Freund-Pincussohn), nach der nur in den ersten Schwangerschaftsmonaten eine Spaltung im Serum optisch nachzuweisen war, und den späteren Resultaten Abderhalden's, wonach die Reaktion in allen Monaten möglich war, durch die Vervollkommnung der Methode (bessere Placentarpeptondarstellung und Mischverhältnis von Serum zu Pepton = 2 : 1).

Nach seinen, gemeinsam mit Brahm in 141 Versuchen gesammelten Erfahrungen müssen zu jedem prodiagnostischem Versuch, der nach dem jetzigen Stande der Dinge tunlichst alle Fehlerquellen vermeiden soll, hinsichtlich der optischen Methode gleichzeitig mehrere (mindestens zwei) Placentarpeptone verschiedener Herkunft sowie bisweilen eine Beobachtungszeit von maximal 48 Stunden und hinsichtlich des stets zur Kontrolle heranzuziehenden

Digitized by Google

Dialysierverfahrens mindestens vier Dialysierhülsen, wie Brahm und P. das in der Münchener med. Wochenschrift 1913, Nr. 13 näher ausgeführt haben, verwendet werden.

Herr Heinsius weist darauf hin, daß die Methode des Dialysierverfahrens ursprünglich als so einfach von Abderhalden geschildert worden war, daß jeder Praktiker eigentlich die Pflicht hatte, sie in den Schatz seiner diagnostischen Mittel einzureihen. Jede weitere Veröffentlichung ließ die Methode als komplizierter erscheinen, so daß augenblicklich das Dialysierverfahren nicht nur eine große Summe von Übung, sondern auch sehr viel Zeit, Sorgfalt und Mühe erfordert, ohne daß die Garantie für ihr Gelingen gegeben wäre. H. hat bei Graviden stets positive Resultate erhalten. Indessen war die Reaktion auch in einigen Fällen von Adnextumoren und in einzelnen Fällen, bei denen das Blut in Narkose entnommen wurde — so bei einer 58jährigen Frau — positiv.

Die Reaktion ist demnach zurzeit als praktisch zu verwertendes Hilfsmittel zur Diagnose der Gravidität noch nicht brauchbar, sondern lediglich als eine interessante wissenschaftliche Entdeckung zu betrachten.

Herr Eder hat unter 100 Fällen 61 sichere Graviditäten; alle diese Fälle waren positiv, in anderen Fällen waren Mißerfolge zu verzeichnen: Adnextumoren, Úteruskarzinome gaben positive Reaktion.

Herr P. Strassmann: a. Physopyometra.

63 Jahre alte Pat., die einen Geschwulstuterus seit 25 bis 26 Jahren getragen hatte; damals lange Blutungen. Mit 43 Jahren Klimakterium. Seit einigen Monaten Absonderung, ziemlich konstant; dazwischen aber plötzlich auch Gasblasen von penetrantem Geruch, so daß die Pat. sich Ausspülungen mit einer parfümierten Flüssigkeit machte. Sie fühlte im Leibe einen großen Tumor. Die vorhandene Jauchung zwang unbedingt dazu, eine Operation zu versuchen.

Laparotomie. An dem großen, verkalkten Uterus am Fundus eine verdünnte Stelle, der eine Darmschlinge und das knotig verdickte Netz aufliegen. Da die übrige Bauchhöhle frei war, Operation trotz der Fettleibigkeit der Greisin.

Abstopfen, Exstirpation des Uterus mit Adnexen. Nach Unterbindung der oberen Ligamentabschnitte Anheben des Uterus; dabei riß die Cervix, welche stark verdünnt und ausgezogen war; es entleerte sich etwas Jaucheflüssigkeit. Schnelle Absetzung des Korpus, dann erst Exstirpation der Cervix. Glatte Peritonisierung. Ausgezeichnete Rekonvaleszenz. Korpuskarzinom in einem verkalkten Myomuterus mit seniler Verengung der Cervix. Absperrung der jauchigen Massen, welche von dem Karzinom stammten. Fäulnisgase entwickelten sich, die nur zeitweise bei einem gewissen Überdruck ausgestoßen wurden. Dadurch Bildung der Physopyometra, eine gewiß seltene Erscheinung.

b. Seltener Adnexbefund: Fehlen der rechten Adnexe, Kalkkonkrement, Tubargravidität links.

37 Jahre alte Frau, die einmal, im Jahre 1899, geboren hatte; die Operation fand wegen Blutungen, Schmerzen mit Ohnmacht usw. am 20. April 1913 statt. Adnextumor der linken Seite. Punktion, diagnostische Eröffnung des Douglas, wie ich immer zu tun pflege, um die im Becken massenhaft befindlichen Blutgerinnsel abzuleiten. Vordere Kolpotomie, Uterus vorgelagert. Linke Tube mit Hämatokelenresten ungeborsten, also äußerer Tubarabort. Das Ei haben wir nicht gefunden. In dem zugehörigen Ovarium war ein Corpus verum, welches ich auslöste; aber als ich die rechte Seite revidierte, fand ich dort keine Adnexe. Sie fehlten vollständig. Dort lag adhärent an der Beckenwand ein Kalkgebilde, etwas größer als ein Corpus luteum. Der Uterus war schmal, hatte aber doch

Digitized by Google

funktioniert und schon einmal eine reife Frucht zur Welt gebracht. Es wäre denkbar, daß es sich um einen Uterus unicornis handelt; andererseits wäre auch zu erwägen, ob es sich vielleicht um eine Abdrehung der Adnexe (Rokitanski, Gebhard) in einer früheren Zeit handelt, von der dann das Ovarium als ein verkalkter Rest liegen geblieben ist.

Str. erhält grundsätzlich bei Tubargravidität den Eierstock. Die Notwendigkeit, das Corpus luteum mitzunehmen, war auch nur durch die Lockerung beim Vorziehen gegeben. Wenn hier der linke Eierstock mit weggenommen wäre, wäre die Pat. in der Tat eierstocklos gewesen.

c. Junge Doppelbildung aus dem 2.—3. Monat.

22 Jahre alte, seit 1 Jahre verheiratete Frau, welche im 3. Monate schwanger war. Doppelseitiger Lungenspitzenkatarrh, unstillbares Erbrechen nebst großer Schwäche. Die Frau war kurz vor der Verheiratung wegen eines Scheidenseptums operiert worden. Nach den Statistiken gebären Frauen, welche an mangelhafter Vereinigung der beiden Müller'schen Gänge leiden, viel häufiger Zwillinge. Unter je 100 Zwillingsmüttern werden schon 4—5mal Andeutung von Verdoppelung des Uterus, ein Uterus bicornis und ähnliches getroffen. Die Schwangerschaft wurde von Dr. Mette durch Einlegen von Laminariastiften und Tamponade unterbrochen und dann diese Doppelbildung in geschickter Weise unzerstört herausbefördert. Die Placenta wurde zerstückelt. Der Uterus war einkammerig. Die Verwachsung betrifft Brust und Bauch; die unteren Extremitäten sind vollständig erhalten, ebenso zwei obere Extremitäten; außerdem bemerkt man an der einen Doppelbildung eine kleine Hasenscharte und einen Nabelbruch.

d. Placenta monamniotischer Zwillinge.

Zwillinge in einem Amnion, Amniopagen, sind selten. Wie bei Doppelbildungen entspringen die beiden Nabelschnüre unmittelbar nebeneinander. Dies führt fast immer zu schweren Ernährungsstörungen der Früchte und zu einer Asymmetrie im sogenannten dritten Kreislauf, d. h. in dem Austausch des gegenseitigen Blutüberströmens. Der eine Zwilling bekommt zu viel und entwickelt nun eine enorme Diurese. Daß in diesem Falle die Polyurie der einen Frucht die Vermehrung des Fruchtwassers verursacht, geht daraus hervor, daß auch eine Herzhypertrophie (Makrokardie) eingetreten ist, im Gegensatz zu Mikrokardie der anderen. Auch eine funktionelle Entwicklungshypertrophie der Nieren konnte ich in einem früher veröffentlichten Falle nachweisen und eine Vermehrung der Glomeruli konstatieren. Es tritt beim bevorzugten Zwilling eine Dilatation der Harnblase, die bis zum Nabel herangeht, ein, während bei dem anderen Zwilling nur eine schmale, man kann sagen verkümmerte Harnblase sich zwischen den dicht aneinanderliegenden Vesikoumbilikalfalten befindet.

Diese Pat. lieferte Str. eine Selbstgeschichte, welche zeigt, wie die Asymmetrie bei einer eineiigen Zwillingsschwangerschaft sich klinisch ausprägt. Es sei folgendes hervorgehoben:

Letzte Menstruation am 28. August 1911. In den ersten 5 Monaten meiner Schwangerschaft außerordentlich wohl, keinerlei Beschwerden. Anfang Januar spürte ich die ersten Bewegungen von Leben, die sich in kurzer Zeit besonders stark fühlbar machten. Mitte Februar begann ich an Atemnot zu leiden und mein Leibesumfang wurde plötzlich verhältnismäßig stark. Die Atemnot hatte oft zu dieser Zeit schon Schlaflosigkeit im Gefolge. Am 11. März waren die Schmerzen so heftig geworden, daß ich mich von meinem Arzte untersuchen ließ, der zunächst ein zu großes Quantum von Fruchtwasser feststellte. In den Tagen vom 11. bis

Digitized by Google

15. März konnte ich wegen der großen Kreuzschmerzen und durch die große Last hervorgerufener Beschwerden nicht mehr schlafen. Seit dem 11. März spürte ich keine Bewegungen mehr. Nach einem mir auffallend stark erschienenem Ruck hatten dieselben plötzlich aufgehört, und von da ab hatte ich auch über den ganzen Leib ein abgestorbenes Gefühl.

18. März Aufnahme. 20. März Entbindung.

Die Zwillinge hatten nur ein Gewicht von etwa 1070 g und 910 g und maßen 38 bzw. 39 cm.

	I	II
Leber	40 g	25 g
Milz	2 »	2 »
Linke Niere	9 »	2 »
Rechte Niere	8 »	3 »

Das Herzgewicht des einen war 9 g, das des anderen 4 g. Die Adern der dicht nebeneinander eingepflanzten Nabelschnüre gehen ineinander über. Die eine Hälfte der Placenta bekommt von der anderen dauernd einen arteriellen Zuschuß, die eine Frucht wird dadurch dauernd mit Blut überfüllt, und dies führt zu den Veränderungen der Organe und des Fruchtwassers.

Diskussion. Herr Ruhemann: Ich möchte zu dem Fehlen der Adnexe auf der einen Seite bemerken, daß ich vor 3 Jahren im Rudolf Virchow-Krankenhause bei der Autopsie einer an Sepsis verstorbenen, etwa 30jährigen Frau auch das Fehlen der Adnexe auf einer Seite beobachtet habe. Das Lig. lat. ging als schmales Band zur Beckenwand. Trotz genauester Sektion wurden weder Rudimente von Adnexen noch Kalkkonkremente gefunden. Der Fall ist, so viel ich weiß, von Herrn Sachs, der jetzt in Königsberg ist, veröffentlicht worden.

Herr E. Bumm hält den angekündigten Vortrag: Über Unterbindung und Versenkung des Ureters als Therapie bei hochsitzenden Verletzungen.

Vortr. erörtert die Möglichkeiten, Verletzungen des Ureters bei Operationen, die immer als eine schwere Komplikation gelten müssen, zu reparieren.

Bei Verlagerungen am Beckenteil des Ureters ist die Einpflanzung in die hochgezogene und gut fixierte Blase die zuverlässigste Art der Versorgung des durchtrennten Ureters und sicherer als die Naht, auch die von End-zu-Seite.

Liegt die Verletzung des Ureters oberhalb des Beckens oder ist ein größeres Stück des Ureters mit weggeschnitten worden, so bleiben nur die Nierenexstirpation, die Einpflanzung in die Bauchwunde, in den Darm oder in den anderen Ureter und die Unterbindung übrig.

Vortr. hält die Unterbindung und Versenkung des Ureters nicht nur für die einfachste, sondern auch für die sicherste Methode in solchen Fällen. Sie wurde 3mal (2mal bei Verletzung und Exzision größerer Ureterstücke gelegentlich der Exstirpation von Ovarialkarzinomen, 1mal bei einer hohen Verletzung gelegentlich einer Radikaloperation bei Carc. colli uteri) mit vollem Erfolge angewandt, es traten weder direkt im Anschluß an die Operation noch später Erscheinungen von Seiten der Niere auf, die Funktion der ausgeschalteten Niere wurde von der anderen Niere anstandslos übernommen.

Die Unterbindung geschah in allen Fällen mit Seide, das unterbundene Ende wurde umgeschlagen und nochmals an den Ureter angeknotet, so daß eine 2malige Ligatur des Lumens entstand.

Vortr. hält diese Methode bei dem Ureter des Menschen mit seiner relativ dicken Wand für völlig zuverlässig und glaubt, daß die Mißerfolge, die Kawasoye

Digitized by Google

bei seinen Versuchen am Ureter des Kaninchens hatte, auf die dünne Wandung des Organs bei diesem Tiere zurückzuführen sind und für den Menschen keine Gültigkeit haben.

Diskussion: Herr Jolly weist auf die Möglichkeit hin, bei der Laparotomie die Niere transperitoneal zu entfernen. Er ist in einem solchen Falle mit gutem Erfolge so vorgegangen. Er assistierte einem jungen Assistenten bei der Operation eines Ovarientumors, mit dessen unterer Fläche der Ureter zusammenhing. Der Kollege durchtrennte die Partie, in der der Ureter verlief, bevor J. ihn daran verhindern konnte. Die Verletzung saß handbreit oberhalb der Linea innominata. Da der untere Ureterenabschnitt breit mit dem Tumor zusammenhing und mit ihm zum Teil entfernt war, kam eine Vereinigung der beiden Ureterenenden nicht in Betracht. Da J. sich mit einer einfachen Unterbindung des oberen Ureterenendes nicht begnügen wollte, entschloß er sich zur Exstirpation der Niere. Er tastete sich den Ureter entlang unter dem Peritoneum nach oben bis zur Niere vor, zog diese vorsichtig herunter und band die Gefäße ab. Nun konnte man die Niere mit dem Ureterstumpf leicht entfernen. Der Verlauf war reaktionslos, und die Pat. ist ohne nachträgliche Folgen genesen. Wer viele Sektionen gemacht hat, weiß, wie leicht es gelingt, die Niere weit herauszuziehen, ohne die Gefäße zu verletzen. Das ist auch bei den Lebenden der Fall. — J. hält diese Methode nicht für wesentlich komplizierter als die Unterbindung des Ureters, bei der auch besondere Kautelen erforderlich sind, und die vielleicht größere Gefahren nach sich ziehen kann.

Herr Mackenrodt: Der Vorschlag des Herrn Bumm, die Niere eines hochverletzten Ureters durch einfache Unterbindung auszuschalten, ist schon vor längeren Jahren auch von Nitze gemacht. Sicher ist, daß in den meisten Fällen die Druckatrophie der Niere schnell eintritt. Es geht nur, wenn beide Nieren völlig gesund sind; es geht nicht oder ist lebensgefährlich, wenn die geringste katarrhalische Veränderung der verletzten Niere da ist, oder wenn die andere Niere auch bei völliger sonstiger Gesundheit funktionsschwach ist. Besonders bei kachektischen Kranken ist das Experiment gefährlich. Aus diesen Bedenken heraus habe ich in einem solchen Falle hoher Ureterverletzung den Ureterstrang durch die Lende nach außen durchgestoßen, tagelang funktionierend erhalten und erst dann, wie die Operierte über die ersten Tage weg war, den Ureter geschlossen, was ohne jeden Zwischenfall glatt glückte. Wenn sich diese Erfahrung weiterhin bestätigt, dann wird sie bei der Behandlung der hohen Ureterverletzungen eine Rolle spielen.

Herr R. Schaeffer berichtet über einen Fall, in dem er den hoch durchschnittenen Ureter nach einfacher Catgutnaht versenkt hat, und der ohne jede Reaktion geheilt ist.

Herr Koblanck hat auch in einem Falle den durchschnittenen Ureter einfach abgebunden, mit Peritoneum bekleidet und versenkt; reaktionslose Heilung.

K. weist darauf hin, daß bei nicht allzu hoch sitzender Ureterläsion die Einpflanzung des Ureterstumpfes in die Blase gelingt, nachdem die Blase möglichst hoch hinten am Becken fixiert ist.

Herr Gerstenberg hat 1906 den Ureter der einen Seite in einem Falle von Karzinomumwachsung absichtlich durchschnitten und nach zweifacher Unterbindung des zentralen Endes ohne jeden Nachteil versenkt.

Er hielt sich dazu für berechtigt in Erinnerung an Experimente von Nicolai (Kiel), der bei Tieren schnelles Zugrundegehen der betreffenden Niere nach Ureterunterbindung festgestellt hatte.

Digitized by Google

Vor allzufestem Anziehen der Ligaturen glaubt er warnen zu müssen.

Herr Knorr hält nach den guten Erfahrungen Bumm's die Unterbindung des Ureters für zweckmäßig, besonders da der Anlegung einer Fistel mitunter praktische äußere Gründe entgegenstehen. Man kann aber, um sicher zu gehen, den unterbundenen Ureter in der Wunde fixieren und hat dann die Möglichkeit, bei drohender Niereninsuffizienz oder wenn die funktionellen Methoden ein Manko anzeigen, nachträglich, innerhalb zweier Tage, so lange die Funktion der Niere noch nicht erloschen ist, die Ligatur lösen zu können. In den meisten Fällen wird, wie Bumm's gute Erfahrungen beweisen, die Unterbindung das bessere Verfahren und der Fistelanlegung vorzuziehen sein. Durch die Fixation des unterbundenen Ureters in der Wunde werden die Vorteile der Unterbindung mit denen der Fistelanlegung kombiniert.

Herr Saniter fragt den Vortr., ob er das Verfahren vielleicht auch bei schon bestehender Ureterfistel — natürlich bei nicht infizierter Niere — versucht habe. Es wäre eine wahre Wohltat, wenn man das Unglück einer Ureterverletzung einfach dadurch korrigieren könnte, daß man später von der Vagina aus den Ureter umsticht und abschnürt und so die Druckatrophie der Niere herbeiführt.

Herr Fromme hat in zwei Fällen die Ureterunterbindung bei hoch sitzender Verletzung ausgeführt. In dem einen Falle bei einer Karzinomoperation; allerdings war da der Ureter durch die Kompression des Karzinoms fingerdick dilatiert. Das zweite Mal bei der Operation eines weit vorgeschrittenen Ovarialkarzinoms. Beide Kranke sind ohne Nierenerscheinungen genesen.

Herr R. Freund hat die plastische Verwendung der Tube als Schaltstück bei hohen Ureterläsionen an der Leiche und zahlreichen Hunden ohne Schwierigkeiten ausführen können, indem das abdominale Tubenende den oberen Ureterstumpf aufnahm und das ohne Arterienverletzung am Uterus abgesetzte uterine Tubenende in die Blase eingepflanzt wurde. Das die Tube versorgende Ligament blieb somit in seiner ganzen Ausdehnung erhalten. Die Funktion war eine ausgezeichnete. — Der Grund für die Nichtanwendung dieser Uretero-salpingocystostomie am Menschen beruht lediglich darauf, daß die hohen Ureterläsionen sich zumeist bei Karzinom- und Myomoperationen zu einer Zeit ereignen, in welcher die Tube bereits aus ihren Verbindungen gelöst und dadurch nicht mehr verwertbar geworden ist. Die Plastik käme also nur in Frage bei Fällen von Ausschälung intraligamentärer oder retroperitonealer Tumoren mit Ureterverletzungen, wobei der innere Genitaltraktus erhalten bleiben kann.

Bei Verwendung ausgelöster Tubenstücke gingen die Tiere infolge Nekrose des Schaltstückes zugrunde.

Herr Franz betont die Gefährlichkeit der Unterbindung eines Ureters, wenn nicht vor der Operation die Gesundheit der anderen Niere nachgewiesen ist. Er hat 2mal den Ureter unterbunden; der eine Fall starb an Sepsis, der andere genas reaktionslos. In einem Falle hat er den Wurmfortsatz als Zwischenstück zwischen Ureter und Blase eingeschaltet, da der hoch durchschnittene Ureter nicht in die Blase eingenäht werden konnte. Die Frau ist mit einer kleinen Blasen(Ureter?)-fistel geheilt. Die rechte Niere funktioniert.

Wenn man den Ureter unterbindet, soll man die Ligatur so legen, daß sie in den nächsten 24 Stunden gelöst werden kann, wenn sich Anurie einstellt.

Herr Bumm (Schlußwort): Ich betone ausdrücklich noch einmal, daß ich die Unterbindung als eine Notoperation, als eine Ausnahmeoperation für solche Fälle ansehe, wo jede andere Methode größere Schwierigkeiten und größere Gefahren herbeiführt. Daß man die Blase hoch heraufziehen, unter Umständen sehr stark dis-

Digitized by Google

lozieren und selbst unter einer gewissen Spannung noch Einheilung erzielen kann, ist mir wohlbekannt. Es gibt aber Fälle, wo man mit der Einpflanzung nicht zustande kommt, und wo man die Vernähung mit dem anderen Ende noch viel weniger zustande bringen kann. Wenn man dann auf der linken Seite den Ureter verletzt hat, so ist auch das von Herrn Franz angewandte Auskunftsmittel nicht zur Hand; dann bleiben nur zwei Möglichkeiten — wenn man von der Unterbindung und der überhaupt nicht praktikablen Einpflanzung in den Darm oder in den anderen Ureter absieht —, entweder Sie nehmen die Niere heraus; dann tun Sie dasselbe, was Sie beim Unterbinden bewirken, die eine Niere wird ausgeschaltet. Oder Sie machen es so, wie Herr Mackenrodt empfohlen und Herr Franz nahe gelegt hat: sie legen eine Fistel an und haben damit den ganzen Jammer einer unheilbaren Urinfistel.

Ich habe das, was Herr Mackenrodt wünschte, daß ein anderer es tun möge, einmal vor Jahren ausgeführt, aber das tue ich niemals wieder. Ich weiß nicht, wie er es fertig gebracht hat, den eingenähten Ureter wieder zu schließen; das ist mir damals nicht gelungen. Sowie ich den Ureter verschlossen habe, hat die Frau Fieber bekommen.

Natürlich ist mit der Unterbindung das Risiko verknüpft, daß die andere Niere nicht funktioniert und damit das Schicksal der Operierten besiegelt wird. Risiko ist nach einer Ureterenverletzung solch schwerer Art aber auch mit allen anderen Verfahren verbunden, und ich glaube, daß 100 Fälle von Unterbindung des Ureters immer noch viel bessere Resultate ergeben werden als 100 Fälle von Benutzung des Wurmfortsatzes als Leitungsstück zur Blase.

2) Geburtshilfliche Gesellschaft zu Hamburg.

Sitzung am 24. Juni 1913 in der Lupusheilstätte Eppendorf.

Herr Wichmann gibt auf Anregung von seiten des I. Vorsitzenden der Gesellschaft, Herrn Rüder, einen Überblick über Licht- und Strahlentherapie zur Ergänzung der in der letzten Sitzung stattgefundenen Diskussion über die in Halle veröffentlichten Erfolge mit Röntgen- und Mesothorbestrahlung. Herr W. betont, daß es ihm im Laufe eines Abends natürlich nur möglich ist, ganz kursorisch die den Gynäkologen vor allem interessierenden Möglichkeiten einer Strahlentherapie zu streifen.

Bei Anwendung der Spektralstrahlen erfolgt eine Einwirkung auf das bestrahlte Gewebe einmal durch die Wärmegruppe, dann aber auch durch chemisch wirksame Strahlen. Durch Glühhitze sind schon, wie aus früheren Veröffentlichungen Lomers' hervorgeht, in der Gynäkologie therapeutische Erfolge bei Karzinomen erreicht. Das Ferrum candens gibt sehr tief dringende Wärmestrahlen ab, wie sie durch den Platinthermokauter und elektrisch erwärmte Glühkörper nicht erzielt werden können. Die chemische Komponente der Spektralstrahlen wurde vor allem durch Finsen verwertet und als therapeutisches Agens vielleicht überschätzt; ursprünglich wandte F. die Sonnenbestrahlung, später als Ersatz der Sonne die Bogenlampe unter Absorbierung der Wärmestrahlen an. Die vor allem für Lupus ausgebaute Lichttherapie ist dann auch auf Bauchfelltuberkulose ausgedehnt worden. Der Finsentherapie steht am nächsten die Bestrahlung mit der Quarzlampe oder mit der von W. benutzten Bogenlampe.

Die aus Leysin berichteten Erfolge der direkten Sonnenbestrahlung — Heliotherapie — sind zum Teil wohl auch auf die günstigen Einwirkungen der Höhenlage und des Klimas zurückzuführen.

Digitized by Google

Therapie durch speziell gefärbtes Licht wird bei Pocken und Scharlach (Rotlichtbehandlung) und bei Psychosen (Blaulichtbehandlung) angewandt.

Die Benutzung der Hochfrequenzströme ist als Diathermie bei Behandlung entzündlicher Beckenbindegewebsprozesse und Adnextumoren herangezogen. Die schon seinerzeit von Kümmell demonstrierte kalte Kaustik hat als blutsparendes Instrument bei der Exzision und Exstirpation karzinomatösen Gewebes große Vorzüge.

Schließlich sind die mit Röntgen- und Radiumstrahlungen erzielten Heileffekte, die vor allem in jüngster Zeit in den Vordergrund des ärztlichen Interesses getreten sind, zu erwähnen. Durch Absorption der schädigenden α- und β-Strahlen und Steigerung der verabfolgten γ-Strahlenquantitäten sind die therapeutischen Heileffekte erst ermöglicht. Karzinomatöses Gewebe zeigt eine auffallende elektive Absorption für γ-Strahlen, die doppelt so stark absorbiert werden als von normalem Gewebe. Radium wird in Kapseln oder Röhren aus Blei, Gold oder Platin appliziert. Je tieferliegend die Affektion ist, desto stärkere Filter müssen benutzt werden.

Herr Kümmell hat sich persönlich in Freiburg von den verblüffenden Erfolgen, die von Krönig und Gauss mit Mesothor- und Röntgenbestrahlung in verzweifelten Fällen von Rektum-, Uterus- und Mammakarzinom erreicht wurden, überzeugt, Erfolgen, die allerdings nur bei Gebrauch großer Mesothormengen möglich sind. Die deshalb von K. angeregte Erwerbung einiger Hundert Milligramm Mesothor durch den Hamburger Staat wird es hoffentlich bald ermöglichen, diese wirkungsvolle Waffe im Kampf gegen das Karzinom auch hier in Hamburg zu gebrauchen.

Herr Rüder dankt dem Vortragenden für seinen Vortrag und spricht die Hoffnung aus, daß die in Hamburg erzielten Erfolge und gemachten Beobachtungen gesammelt und unter gemeinsamen einheitlichen Gesichtspunkten veröffentlicht werden möchten.

Zeitschriften.

3) Hegar's Beiträge z. Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. XIX. Hft. 1.

1) H. Sellheim (Tübingen). Über einen wesentlichen Unterschied zwischen natürlicher Geburt und künstlicher Entbindung.

Bei der natürlichen Geburt läßt sich die Gesamtwirkung der austreibenden Kräfte zerlegen in eine das Geburtsobjekt (und den Geburtsweg) in eine für die Beförderung passende schlanke Walzenform umformende, und in eine zweite, das so umgeformte Geburtsobjekt aus dem Uterus an die Außenwelt befördernde. Hierin liegt die Erklärung für die Überlegenheit der natürlichen Geburtskraft über die Kunsthilfe, deren Manko in dem Verderben der optimalen Geburtshaltung durch das im Wesen der Kunsthilfe liegende isolierte Angreifen von Kräften im Gegensatz zu dem allgemeinen Druck der Geburtskraft besteht. Der unentbehrliche Zusatz an Zugkraft kann in seiner zerstörenden Wirkung auf die optimale Geburtshaltung der Frucht, außer durch das Abwarten der Wehe, durch die Anwendung des Druckes der breit der Uteruswölbung angeschmiegten Hände so weit wie möglich unschädlich gemacht werden.

2) R. Keller (Straßburg). Über Veränderungen am Follikelapparat des Ovariums während der Gravidität.

K. hat an einer Reihe von Ovarien, die operativen Eingriffen während der Gravidität entstammen, Untersuchungen darüber angestellt, ob tatsächlich

Digitized by Google

während der Gravidität die Ovulation vollkommen still liegt. Seine Untersuchungen stimmen mit den Beobachtungen früherer Untersucher überein, daß es zwar eine ganze Reihe von besonderen Veränderungen im Ovarium während der Schwangerschaft gibt (starke Vaskularisation, Wachstum der Thekaluteinzellen, Ausbildung des Corpus luteum), die nicht ohne Bedeutung sind und die man als Substrat für eine auch während der Schwangerschaft vor sich gehende Funktion des Ovariums ansehen kann. In den zahlreichen Präparaten aber hat K. niemals einen Follikel finden können, der einem weiter vorangeschrittenen Stadium der Reifung angehört hätte, geschweige denn einen sprungreifen Follikel antreffen können; ebenso war es unmöglich, in der zweiten Hälfte der Gravidität ein frisches Corpus luteum anzutreffen, das noch keine Zeichen der Rückbildung an sich getragen hätte. Hieraus muß notwendigerweise der Schluß gezogen werden, daß während der Schwangerschaft die Eireifung und Follikelberstung still steht, daß es also während der Schwangerschaft bei der Frau keine Ovulation gibt.

3) M. Eisenbach (Tübingen). Über Herzerkrankungen und Schwangerschaft.

Verf. hat die in den letzten 5 Jahren an der Tübinger Frauenklinik beobachteten Herzfehler, sowohl die Klappenfehler, als auch die rein muskulären Erkrankungen des Herzens ohne Veränderung der Klappen, zusammengestellt. Unter 3037 Geburten fanden sich 43 Herzfehler, unter ihnen 30 Klappenerkrankungen und 13 muskuläre Erkrankungen, also 1,4% Herzerkrankungen. Verf. kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu folgenden Schlußfolgerungen:

Das Zusammentreffen von Herzfehler und Schwangerschaft bedeutet im allgemeinen keine ernste Gefährdung, soweit es sich um eine kompensierte Klappenerkrankung handelt. Nur wenn eine besonders schwere Form von Herzfehler oder eine erhebliche Herzmuskelschädigung vorliegt, sind bedrohliche Störungen zu erwarten, ebenso in allen Fällen, in welchen die Herzerkrankung kompliziert ist mit Nephritis oder mit chronischem Lungenleiden.

Der Grad der Kompensationsstörung hängt im wesentlichen ab von der Schwere des Herzfehlers und von dem Zustand des Herzmuskels. Ein besonderer Einfluß der Art des Herzfehlers ist nicht zu erkennen.

Bei Eintritt von Kompensationsstörungen in der Schwangerschaft und bei Erfolglosigkeit interner Behandlung soll unter sorgfältigster Berücksichtigung der verschiedenen Nebenumstände möglichst frühzeitig der Abort eingeleitet werden. Für die Unterbrechung in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft stellt der in Lumbalanästhesie ausgeführte vaginale Uterusschnitt eine vorzügliche Methode der schonenden und raschen Entbindung dar.

Eine Neigung zu spontaner Unterbrechung der Schwangerschaft bei Herzfehler ist nicht festzustellen.

Die Gefahren für den Geburtsverlauf sind im allgemeinen gering. Der reine Klappenfehler bedeutet für die Geburt kaum eine Gefahr, sofern nur der Herzmuskel in gutem Zustande ist. Dagegen kann ein geschädigter Herzmuskel infolge der durch die Wehen bedingten, plötzlichen Druckschwankungen schon im Beginn der Eröffnungsperiode völlig insuffizient werden, auch wenn vorher keine Zeichen einer Dekompensation bestanden haben.

Die peinliche Wahrung der Asepsis und die möglichste Beschränkung der Blutung sind ein besonders dringendes Erfordernis bei der Leitung der mit Herzfehler komplizierten Geburten.

Eine Abkürzung der Geburtsdauer durch operative Eingriffe ist im allge-

Digitized by Google

meinen nicht erforderlich; eine solche wird im wesentlichen auf die Fälle zu beschränken sein, bei denen es infolge ernster Herzmuskelschädigung zu bedrohlichen Insuffizienzerscheinungen unter der Geburt kommt.

Wenn der Verlauf früherer Schwangerschaften und Geburten gezeigt hat, daß jede weitere Belastung des Herzens durch erneute Gravidität oder Geburt eine Lebensgefahr für die Frau bedeutet, so ist die operative Sterilisierung angezeigt. Für manche geburtshilflich operative Eingriffe kann durch Anwendung der Lumbalanästhesie oder der Pudendusanästhesie die Allgemeinnarkose umgangen werden; letztere ist bei schwerer Herzschwäche absolut kontraindiziert, bei kompensiertem Klappenfehler und bei leichter Herzinsuffizienz mit Vorsicht anzuwenden.

Die Mortalität stellt sich unter 235 Herzfehlergeburten auf 0,42% nach Ausscheidung derjenigen Todesfälle, die nicht auf die Herzerkrankung allein, sondern auf anderweitige Komplikationen zurückzuführen sind.

Eine erhöhte Gefahr der Atonie besteht nicht. Im Wochenbett sind besondere Störungen nicht zu befürchten. Puerperale Infektion, selbst leichter Natur, kann bei einer bestehenden Herzschädigung zu bedrohlichen Erscheinungen führen; dieselbe ist im Hinblick auf die Gefahr der rekurrierenden Endokarditis besonders ernst aufzufassen.

Das Frühaufstehen im Wochenbett ist zu vermeiden. Das Stillen ist durch einen Herzfehler nicht kontraindiziert, nur in Fällen schwerster Dekompensation ist vom Stillgeschäft abzuraten.

Die Kinder herzkranker Mütter sind im allgemeinen nicht unterentwickelt. Das Lebensalter ist von großer Bedeutung für die Prognose der durch Herzerkrankung bedingten Schwangerschafts- und Geburtsstörungen. Die Störungen treten um so schwerer und lebensbedrohlicher auf, in je vorgerückterem Lebensalter die Frauen stehen. Diese Erscheinung erklärt sich aus der mit den Jahren zunehmenden Herzmuskelschädigung, wobei auch der Einfluß einer größeren Geburtenzahl zu berücksichtigen ist.

4) Hans von Hecker (Straßburg). **Beitrag zur Bewertung der bakteriologischen Scheidensekret- und Blutuntersuchung für die Diagnose und Prognose puerperaler Infektionen.**

Verf. hat an dem Material der Straßburger Frauenklinik Untersuchungen angestellt über die Frage der Bedeutung der einzelnen pathogenen Mikroorganismen für die Entstehung der puerperalen Infektion. Er verwertet im ganzen 336 Fälle von Scheidensekretuntersuchungen und 100 Fälle von Blutuntersuchungen.

Die Ergebnisse der Vaginalsekretuntersuchung waren folgende:

In 256 Fällen = 76,2% fand sich der Streptokokkus; ihm folgt in großem Abstand der Pseudo-Diphtheriebazillus, 141mal = 42%, dem sich die Staphylokokken (118mal) mit 35,1% anschließen. An letzter Stelle — die geringen Befunde von Hefe (14mal = 4,2%), Gonokokkus (8mal = 2,4%), Hämophilus (3mal = 0,9%), Tetragenus (1mal = 0,3%), bleiben unberücksichtigt — rangiert das Bakterium coli, 106mal = 31,6%.

Verf. bespricht dann im einzelnen die Frequenz und Art der Keime bei den einzelnen klinischen Erscheinungen und muß daraus den Schluß ziehen — die einzelnen Belegzahlen können im Referat nicht gegeben werden —, daß die bakteriologische Scheidensekretuntersuchung bisher nicht imstande ist, uns bezüglich der Diagnose und Prognose der puerperalen Erkrankungen sichere und eindeutige Unterlagen zu geben. Wir können zwar die infektionsauslösende Bakterienart botanisch bestimmen, aber wir können nicht die Virulenz der gerade vorliegenden

Digitized by Google

Bakterienart feststellen; andererseits liegen uns noch keinerlei Anhaltspunkte für die Bestimmung der Resistenz des infizierten Organismus vor.

Bezüglich der Resultate der bakteriologischen Blutuntersuchungen ergibt sich folgendes:

1) Da von 100 Fällen klinisch zweifelsfrei festgestellter Puerperalerkrankungen das Blut 67mal, d. i. in zwei Dritteln der Fälle steril befunden wurde, kann die Bedeutung der bakteriologischen Blutuntersuchung für die Diagnose des Kindbettfiebers für die Mehrzahl der Fälle nicht zu hoch bewertet werden.

2) Andererseits berechtigt die durch H.'s Statistik festgestellte Tatsache, daß von 67 Fällen mit negativem Blutbefund bloß 8,8%, von denen mit positivem Befund hingegen 50% starben, zu dem Schluß, daß die Prognose der Puerperalerkrankungen bei negativem Blutbefund im allgemeinen besser gestellt werden kann als bei positivem, und zwar ist die Wahrscheinlichkeit der Mortalität bei positivem Blutbefund rund sechsmal größer als bei negativem.

3) Für das Zustandekommen der Kindbetterkrankungen kommt dem Streptokokkus, den H. in 81,8% der positiven Fälle nachweisen konnte, weitaus die größte ätiologische Bedeutung zu.

4) Die Menge der jeweilig im Blut gefundenen Keime — weder eine geringe Zunahme noch eine unbedeutende Abnahme — bietet kein sicheres Kriterium für die Prognose einer Puerperalerkrankung. Der bakteriologische Befund und der klinische Verlauf gehen vielmehr keineswegs immer parallel.

5) Friedrich Jakobs (St. Petersburg). Über einige adenomyomatöse Tumoren an den weiblichen Genitalorganen.

Verf. bringt die ausführlichen mikroskopischen Untersuchungen, die er an vier aus der Straßburger Frauenklinik stammenden Fällen angestellt hat.

In zwei dieser Fälle ließ sich die Ausgangsstätte der Tumoren nachweisen, — einmal war die Serosa der Ausgangspunkt, das andere Mal ging die Neubildung von der Tubenschleimhaut aus —, in dem dritten Falle konnte kein sicherer Ausgangspunkt festgelegt werden. Für den vierten Fall gibt J. dann eine neue Erklärung. Die Pat. hatte etwa 2 Jahre vor der Operation eine Fehlgeburt, die mit einer Ausräumung behandelt wurde. Verf. nimmt nun an, daß hierbei eine Verletzung der Scheidenwand und eine Versprengung einer Anzahl von Zellen der Scheidenschleimhaut in die Tiefe zustande gekommen ist und von diesen dann — vielleicht von den zylindrischen Basalzellen — die Neubildung entstanden ist.

Lieven (Bonn).

---

4) Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XXXVIII. Hft. 4. Oktober 1913.

1) Neu-Keller (Heidelberg). Zur Funktion der Leber in der Gravidität.

Die Beeinflussung der Leber durch die Schwangerschaft ist von Hofbauer, Schickele und Heinrichsdorff histologisch untersucht. Wenn auch anatomische Veränderungen, zentrale Fettinfiltration, relativ häufig gefunden wurden, so blieb die Frage nach der Ätiologie und Bewertung dieser Befunde noch offen.

Chemische Urinuntersuchungen, mit denen Heynemann die Funktion der Leber in der Schwangerschaft prüfte, ließen jedenfalls nicht auf eine in der Schwangerschaft typische Schädigung der Leber schließen. Verff. prüften die Leberfunktion durch Kontrolle des Blutzuckergehalts nach Lävuloseeinfuhr, nachdem bei 10 Graviden nach Verabfolgung von 100 g Lävulose in 2 Fällen Reduktion im Urin festgestellt war. Gravidität und Partus verlief in beiden Fällen normal.

Digitized by Google

Bei Verabfolgung von 60 g Lävulose wurde mit Ausnahme eines Falles stets ein Ansteigen des Blutzuckergehaltes in der Schwangerschaft konstatiert im Gegensatz zu den bei Nichtgraviden ausgeführten Kontrolluntersuchungen. Aus den gewonnenen Resultaten ist auf eine gewisse Labilität der Lävuloseassimilation in der Gravidität zu schließen, deren Ursache einstweilen noch nicht geklärt ist.

2) G. Wolff (Göttingen). Die biologische Diagnose der Schwangerschaft nach Abderhalden.

Bei einwandfreier Technik eindeutige Resultate mit Ausnahme eines Karzinoms, das auch positiv reagierte. Die Präparation der Placenta ist peinlichst durchzuführen (Entfernung auch der kleinsten durch Gefühl oder Auge nachweisbaren Bindegewebszüge und Gefäße), das Serum darf nicht älter als 4—5 Stunden sein. Die Ausführung der Reaktion muß größeren Kliniken vorbehalten bleiben.

3) E. Puppel. Geburtshilfliche Indikationen und Kontraindikationen der Hypophysenpräparate.

Auf Grund eigener und in der Literatur publizierter Fälle grenzt P. die Domäne der seit 2 Jahren erprobten Hypophysenpräparate ab. Vor Anwendung bei Herz- und Nierenkranken (Eklampsie) wird gewarnt, ebenso bei drohender Uterusruptur, Asphyxie und Querlagen. Zwecklos ist der Gebrauch der Hypophysenpräparate bei Aborten. Auf inkonstante Wirkung muß man bei primärer Wehenschwäche und in der Eröffnungsperiode rechnen. Am sichersten ist die Wirkung in der Austreibungsperiode bei sekundärer Wehenschwäche, solange das Kind noch nicht geschädigt ist. Besonders zu empfehlen ist Pituitrin bei Placenta praevia nach Blasensprengung (event. in Kombination mit Metreuryse) und bei Atonie post partum. Prophylaktisch kann Pituitrin bei Hebosteotomie und Sectio caesarea in Anwendung kommen. Bei künstlicher Frühgeburt muß gleichzeitig Metreuryse ausgeführt werden. Daß die Operationsfrequenz bei engem Becken durch Pituitrin herabgesetzt wird, konnte P. nicht bestätigen; größere Mißverhältnisse zwischen kindlichem Kopf und Becken kontraindizieren jedenfalls stets Pituitrin. Kumulierende Wirkungen sind nicht beobachtet. Pat., die sich gegenüber Hypophysenpräparaten refraktär verhalten hatten, reagierten bei späteren Geburten prompt auf Injektionen in der üblichen Dosis.

4) Bublitschenko (Petersburg). Abortus spontaneus praeternaturalis als ätiologisches Moment einer Fistula cervicovaginalis laqueartica.

Die bisher bekannten Fälle von Spontanruptur des Collums bei Abort vermehrt B. um zwei weitere selbstbeobachtete Fälle, die beide in Heilung ausgingen. Beide Pat. stellten jeglichen vorausgegangenen Eingriff, der zur Perforation hätte führen können, kategorisch in Abrede. Die bisher beobachteten, spontan bei Abort entstandenen Cervico-vaginalfisteln betrafen meist jugendliche Erstgebärende, der Abort fiel in den 2. bis 5. Monat. Die Ruptur liegt im allgemeinen in der Hinterwand des Collum und verläuft in sagittaler Richtung. Prädisponierende Momente sind: 1) Verlust der Elastizität der Uterusmuskulatur infolge chronisch entzündlicher Prozesse. 2) Behinderung der Beweglichkeit zwischen Collum und Corpus. 3) Konisch-rüsselförmiges Collum. Als klinisch suspektes Symptom einer drohenden Collumruptur werden bei derartigen Vorbedingungen ungewöhnlich schmerzhafte Wehen bei starrgeschlossenem Muttermund genannt.

Als Folgezustände können später hartnäckige Blutungen in Betracht kommen, Geburtskomplikationen sind nicht zu erwarten. Therapeutisch sind Ätzungen

Digitized by Google

zwecklos. Bei Operation kommt entweder Spaltung mit Anfrischung und Naht oder Amputatio colli in Frage.

5) Nebesky (Innsbruck). Beitrag zur Therapie der kompletten Uterusruptur.

Betonung der Schwere obiger Komplikation, die gelegentlich ohne deutliche Dehnungserscheinungen auftreten kann und sicherlich oft ganz übersehen wird. Die Frage, ob die Therapie bei konservativem Verhalten aussichtsreicher ist als bei operativem, läßt sich aus zusammengestellten Statistiken verschiedener Operateure nicht entscheiden, zumal da für die schwersten Fälle wegen starker Blutung nur die Laparotomie in Frage kommen kann.

Mitteilung zweier Fälle, die in der Innsbrucker Klinik in den 90er Jahren unoperiert an Peritonitis starben, sowie zweier operierter Fälle, die nach abdomineller Uterusexstirpation genasen. In beiden Fällen war die Ruptur in der vorderen Wand des unteren Uterussegments erfolgt, die Art. uterinae waren verschont geblieben.

N. tritt warm für die operative Therapie der Uterusrupturen ein, und zwar für Totalexstirpation oder — in geeigneten Fällen — supravaginale Amputation. Die Naht des Peritonealrisses ist nur bei kleinen, glatten Rissen durchführbar und involviert die Gefahr einer wiederholten Ruptur bei weiterer Geburt.

6) L. Biener (Straßburg i. E.). Lithopädion, im Mesenterium durch 20 Jahre getragen.

Fast mannsfaustgroße, steinharte, dem großen Netz anhaftende Geschwulst, die bei einer an chronischer Nierenentzündung verstorbenen 56jährigen Frau anläßlich der Sektion gefunden wurde. Nach Anamnese und Untersuchungsbefund handelte es sich um eine linkseitige, vor mindestens 21 Jahren eingetretene Tubargravidität, die nach Tubenruptur in die freie Bauchhöhle getreten war. Besprechung der einschlägigen Literatur. Schottelius (Hamburg).

Allgemeine Anatomie und Pathologie.

5) **Heyde und Vogt. Studien über die Wirkung des aseptischen chirurgischen Gewebszerfalles und Versuche über die Ursachen des Verbrennungstodes.** (Zeitschrift f. ges. experim. Medizin Bd. I. Hft. 1 u. 2.)

Die sehr bedeutsamen Versuche der Verff. befaßten sich zunächst mit der Ursache des Todes nach Verbrennungen. Eine größere Reihe von exakten Versuchen an Meerschweinchen ließ den sicheren Schluß zu, daß verbranntes, arteigenes Gewebe nach Art des artfremden wirken kann. Es versetzt den Organismus in einen Zustand der Überempfindlichkeit, in dem er auf weitere Zufuhr des veränderten Eiweißes mit protrahiertem Shock reagiert. Tiere, denen man verbrannte Lappen transplantierte, verhielten sich, als ob sie selbst verbrannt seien. Es zeigten sich ferner bei wiederholten Verbrennungen oder Transplantationen deutliche Zeichen der Anaphylaxie. An sechs Rattenparabiosen konnten Verff. sodann nachweisen, daß häufig auch arteigenes, zugrundegehendes Organeiweiß diesen Zustand auszulösen vermochte. — Wie weitere Versuche zeigten, ist für das Zustandekommen der Giftwirkung der Einfluß des umgebenden, lebenden Gewebes auf das absterbende von großer Bedeutung, denn Organe, die man in Autolyse in vitro hatte zerfallen lassen, blieben im Tierkörper wirkungslos.

Die chemische Untersuchung des Harns bei Verbrannten ergab das Vorhandensein einer Substanz, welche sich auch im Urin normaler Menschen bisweilen

Digitized by Google

findet und die Tiere unter dem Symptomenkomplex des anaphylaktischen Shocks zugrundegehen läßt. Verff. glauben in guanidinartigen Körpern (Methylguanidin!) sie eruiert zu haben. — Als Gegenmittel empfehlen Verf. auf Grund weiterer Versuche Atropin und Kalziumchlorid. Außerdem käme bei Verbrennungen III. Grades die operative Entfernung des verbrannten Gewebes in Betracht, da ja die Möglichkeit einer sekundären, anaphylaktischen Beeinflussung durch dieses gegeben ist. — Bei Versuchen über Substanzen, die geeignet wären, das Harngift zu paralysieren, ergab sich, daß eigentlich nur die Vorbehandlung mit Witte-Pepton und Guanidinchlorid dies vermehrte. Reine Albumosen waren wirkungslos.

Zum Schluß berichten Verf. noch über hochinteressante Experimente betreffend die Frage, warum häufig Kranke mit scheinbar einseitigem Nierenleiden unmittelbar nach der Operation zugrundegehen. Sie kamen dabei zu dem Resultat, daß dieses urämische Koma nicht reflektorischer Genese, sondern toxischer Natur sei. Die scheinbar gesunde Niere ist eben — wenn auch minimal — doch geschädigt und es genügt das mechanische Moment der Operation, Quetschungen, und dadurch veranlaßte Gewebsresorptionen, um die Urämie auszulösen. Es empfiehlt sich darum vielleicht (z. B. bei Nierenstein), ein derartig verändertes Organ ganz zu entfernen und so die Möglichkeit einer sekundären Schädigung zu beseitigen. Michel (Koblenz).

6) **Georg Schoene (Greifswald). Die freie Gewebsverpflanzung als Methode naturwissenschaftlicher und medizinischer Forschungen.** (Naturwissenschaften 1. Jahrg. Nr. 21.)

Ein kurzer historischer Überblick über Gewebsverpflanzung, ihre Leistungen und ihre Bedeutung für die Therapie, sowie für das Studium der verschiedensten naturwissenschaftlichen Disziplinen. Michel (Koblenz).

7) **M. S. Fleisher und L. Loeb (St. Louis). Über Transplantation von Tumoren auf Tiere mit spontan entstandenen Tumoren.** (Surgery, gynecology and obstetr. Vol. XVII. Nr. 2.)

Die gewöhnlichen Mäusetumoren, die sich nur sehr schwer auf andere gesunde Mäuse übertragen lassen, wachsen sehr leicht nach Transplantation auf dasselbe Individuum, auf dem sie entstanden sind. Ferner gelingt die Transplantation auf solche Tiere sehr leicht, die schon spontan entstandene Tumoren tragen. Daraus ist der Schluß zu ziehen, daß zwei Faktoren das Wachstum der Geschwülste begünstigen können, nämlich die Adaptation einer Geschwulst an die Gewebe und Säfte der Trägerin und ferner ein Faktor, der eine Geschwulstträgerin zum günstigeren Nährboden für einen transplantierten Tumor macht. Gegen das Fehlen dieser Faktoren und besonders des letzteren sind die gewöhnlichen Tumoren sehr empfindlich. Es gibt aber auch weniger empfindliche Mäusegeschwülste, die daher auch auf gesunde Tiere leicht zu transplantieren sind. Ja, solche Tumoren scheinen auf gesunden Tieren sogar noch leichter zu wachsen, als auf Tieren mit Spontantumoren, ganz besonders wenn man die Tumorstückchen vor der Transplantation durch Erhitzen schädigt.

Die Erklärung scheint in Immunitätsvorgängen zu liegen, die durch die Spontantumoren und noch mehr durch vorausgegangene Tumorimpfungen ausgelöst werden. Robert Stern (Offenbach).

8) **J. C. Stewart (Minneapolis). Die Malignität der Riesenzellensarkome.** (Surgery, gynecology and obstetr. Vol. XVII. Nr. 1.)

Mitteilung von zwei Fällen von Riesenzellensarkom des Knochenmarks, die sehr bald nach der Operation durch Rezidive zum Tode führten. Die Riesenzellensarkome sind also nicht, wie vielfach angenommen wird, relativ gutartig.

Robert Stern (Offenbach).

Digitized by Google

9) **A. Maverick** (San Antonio). **Von der Natur gemachte Fehler.** (Med. record 1913. Nr. 21. p. 931.)

Besprechung einer Reihe von anatomischen Eigentümlichkeiten des Urogenital- und Skelettsystems, die, im teleologischen Sinne vom menschlichen Standpunkt aus betrachtet, als unzweckmäßig oder überflüssig bezeichnet werden müssen. Schottelius (Hamburg).

10) **Georg Magnus** (Marburg). **Konservierung von Dauerpräparaten in konzentrierter Zuckerlösung.** (Berl. klin. Wochenschr. 1913. Nr. 14.)

Die keimtötende Kraft des Zuckers ist erwiesen, seine farbenkonservierende Eigenschaft empirisch aus der Konservierung von Früchten längst bekannt. Verf. benutzt diese Eigenschaften zur Herstellung von anatomischen Dauerpräparaten. Dieselben kommen zunächst in 10%ige Formalinlösung, dann in 50%igen Alkohol zur Entwicklung der Farbe, schließlich in eine konzentrierte Rübenzuckerlösung. Selbst bei starker Belichtung bleiben die natürlichen Farben der Präparate erhalten. Außerdem ist das Verfahren sehr billig und hat schließlich den großen Vorteil, daß die Möglichkeit späterer mikroskopischer Verarbeitung erhalten bleibt.

H. Fuchs (Danzig).

Allgemeine Gynäkologie.

11) **J. Tandler** (Wien). **Konstitution und Rassenhygiene.** (Zeitschrift f. angewandte Anatomie u. Konstitutionslehre 1913. Bd. I. p. 11.)

In der Entwicklung des Individuums sind im Momente der Befruchtung sämtliche ererbten Eigenschaften des zukünftigen Individuums bereits gegeben. Seine Zugehörigkeit zu der Art »Mensch« ist schon in den beiden Gameten, d. i. im Ovulum und im Spermatozoon ebenso prädeterminiert, wie seine Angehörigkeit zu einer bestimmten Varietät, welche wir als Rasse bezeichnen. Die im Momente der Befruchtung bestimmten individuellen Eigenschaften des Somas repräsentieren die Konstitution desselben. Unter Konstitution versteht also Verf. nichts anderes als die individuell variierenden, nach Abzug der Art und Rassenqualitäten übrigbleibenden, morphologischen und funktionellen Eigenschaften des neuen Individuums. Die Konstitution ist deshalb beim Individuum selbst unabänderlich und direkten, auf das Soma desselben einwirkenden Reizen nicht mehr zugänglich, sie ist das somatische Fatum des Individuums. Was an einem Individuum durch Milieueinflüsse geändert werden kann, ist niemals seine Konstitution, sondern seine Kondition, d. h. die Summe jener veränderbaren Eigenschaften, welche auf die Reize mit Veränderungen reagieren. Die formalen Manifestationen der Konstitution stellen die Grundlinien der Erscheinung, des Habitus eines Individuums dar, sie sind oft ähnlich wie die Geschlechts- und Rassenmerkmale an bestimmte Etappen der Lebenszeit gebunden. Die Verallgemeinerung eines konstitutionellen Merkmals auf eine Gruppe von Individuen, schließlich auf eine ganze Rasse kann ein Konstitutionsmerkmal zu einem Rassenmerkmal machen.

Verf. steht auf dem Standpunkte, daß die erworbenen, also die Konditionseigenschaften, durch Vermittlung der innersekretorischen Keimdrüsenanteile in vererbbare, also in konstitutionelle überführt werden können. Wenn Kondition in Individualkonstitution, diese in Rassenkonstitution umwandelbar ist, dann eröffnen sich der Rassenhygiene neue bedeutungsvolle Wege. Durch das Bestreben, die durchschnittliche Konstitution der Individuen einer Rasse zu heben, und so die Rassenkonstitution zu bessern, wird sie zur Rassenhygiene.

Linzenmeier (Berlin).

Digitized by Google

12) **Strohmayer (Jena). Zur Inzuchtfrage.** (Deutsche med. Wochenschrift 1913. Nr. 19. p. 900.)

Die Inzucht ist allen eingewurzelten Ansichten zum Trotz nichts prinzipiell Besonderes. Sie stellt nur einen aus den allgemeinen Vererbungsregeln restlos zu erklärenden Spezialfall dar. Sie kann an sich für Mißerfolge in der Nachkommenschaft nicht verantwortlich gemacht werden. Das gilt sowohl für den Menschen als auch für das Tier. Es kommt einzig und allein darauf an, worauf man inzüchtet, auf Gutes oder Schlechtes. An der Hand eines, auf Grund der Mendel'schen Anschauung durchgeführten Beispieles, weist Verf. nach, daß es bei der Inzucht nur auf die richtige kritische Auswahl ankommt. Er hält es für unzulässig, von einer Unsitte der Verwandtschaftsheirat zu sprechen. Ein Grund, sie ausnahmslos gesetzlich zu verbieten, besteht nach seiner Ansicht nicht.

Behne (Kiel).

13) **R. Hofstätter. Unser Wissen über die sekundären Geschlechtscharaktere.** (Zentralblatt f. d. Grenzgebiete d. Medizin u. Chirurgie 1913. Bd. XVI. Hft. 2 u. 3. p. 37—420.)

Mit einem weitumfassenden Literaturverzeichnis von 2324 Nummern hat H. eine Abhandlung über obiges Thema verbunden, indem er — nur somatische Beziehungen berücksichtigend — sicherlich allen, die ähnliche Fragen beantworten wollen, ein übersichtliches Handbüchlein über die vorliegenden Publikationen geboten hat. Es ist nicht möglich, ein so umfassendes Werk knapp zu referieren. Ich beschränke mich darum hier nur auf einige Hauptpunkte, die gerade den Gynäkologen besonders interessieren müssen.

H. beginnt mit: Begriff und Einteilung, Zweck und Bedeutung der sekundären Geschlechtscharaktere und läßt diesen Kapiteln eine Besprechung der Geschlechtsunterschiede folgen (u. a. Gehirn und Schädel, Körperproportion, Becken, Muskulatur, Pigmentierung, Riechstoffe, Kehlkopf, Eingeweide, Blut, Puls, Lebensenergie, Krankheiten usw.). — Wie unklar unser Wissen noch ist auf dem Gebiete der Geschlechtsbeeinflussung, konnte H. in einem weiteren Kapitel zeigen, aus dem nur auf die Geschlechtsbestimmung (nach den neuesten Forschungen im mütterlichen Organismus), auf die Theorie Lint's, daß der schwächere Elternteil das Geschlecht bestimme und auf weitere Beeinflussungen des Geschlechtes durch die Zeit der Befruchtung (Alter der Eltern, Alter des Eies oder Spermatozoon), Ernährung (Theorie Schenk) nach Loeb's Oxydationstheorie, durch Jahreszeit usw. hinweisen wollen. — Gynäkologisch Interessantes finden wir auch im Abschnitte über die Beziehungen der innersekretorischen Organe zu den sekundären Geschlechtscharakteren, so der Hypophyse, der Zirbeldrüse, weiter vornehmlich der Keimdrüsen. Bemerkungen über die Wirkung der Kastration beim Weibe sind nach allen Seiten gestützt durch die Arbeiten bedeutender Gynäkologen, wie Hegar, Kehrer, Martin, Glaevecke, Sellheim und vieler anderen; hier ist Bezug genommen auf Menstruation, Laktation, Haarkleid, Fettentwicklung, Thymus, Kehlkopf und Stimme, Knochenbau, Gesamthabitus, Geschlechtstrieb, Geistesstörungen u. a. — Sehr ausführlich finden wir die Menstruation als ein Zeichen völliger Ausbildung der sekundären Geschlechtscharaktere besprochen, und zwar nach Eintritt, Variationen unter dem Einfluß von Klima, Rasse, Stand, Lebensweise, sexuellen Ausschweifungen, vorzeitigem Geschlechtsgenuß u. a. Weiter die Menstruatio praecox (Hinweis auf eine Kasuistik von ca. 85 Fällen), von Pubertas praecox (ca. 126 Fälle), Spätreife, Pseudhermaphroditismus usw. — Für jeden, der ähnliche Themata bearbeitet, bietet H. ein willkommenes Orientierungswerk, das er mit folgendem Satze abschließt: »Mußte früher die Frage

Digitized by Google

aufgestellt werden: Wie entstehen die Geschlechtsunterschiede?, so finden wir dieses Problem auf das Allgemeinere zurückgeführt: Wie entstehen überhaupt die Merkmale der Lebewesen?« »Damit sehen wir uns aber wieder auf den Ideenkreis Darwin's angewiesen, über dessen Wissenshorizont wir in vielen Richtungen auch bis heute nur wenig hinausgekommen sind.« Hesse (Greifswald).

14) **Hegler, E. Fränkel, Schumm (Hamburg-Eppendorf). Zur Lehre von der Haematoporphyria congenita.** (Deutsche med. Wochenschrift 1913. Nr. 18. p. 842.)

H. berichtet über die Krankengeschichte eines 32jährigen Mädchens, das an progressiver Phthise und Amyloidose litt. Es hatte außer einem großen Vollbart eine dunkelbräunliche Färbung der Haut des Gesichtes und der Rückseite von Vorderarmen und Händen.

Bei der von F. ausgeführten Sektion fand sich eine alle Knochen und die Zahnwurzeln betreffende rotbraune Färbung des Skeletts (Haematoporphyrosis ossium). Durch die spektroskopische Untersuchung (Schumm) wurde das Hämatoporphyrin als die Hauptursache der Färbung der Knochensubstanz erkannt. F. hält den Fall für eine kongenitale Hämatoporphyrie. Es wurde zwar während des Krankenhausaufenthaltes der Pat. keine in diesem Sinne zu deutende Veränderung des Urins beobachtet, wohl aber konnte durch katanamnestische Erhebungen festgestellt werden, daß die Pat. bis zum Herbst v. J. dauernd dunklen, portweinfarbenen Urin ausgeschieden haben soll. Die Ursache der Knochenfärbung sieht F. in einem vermutlich seit frühester Jugend erfolgten Zerfall der Blutzellen. Ein Hinweis auf lebhafte Regeneration roter Blutzellen erblickt er in dem Befunde zahlreicher Normablasten im Knochenmark. Behne (Kiel).

15) **J. E. Goldthwait (Boston). Orthopädische Prinzipien bei der Behandlung der abdominellen Visceroptose und chronischen intestinalen Stase.** (Surgery, gynecology and obstetr. Vol. XVI. Nr. 6.)

Hauptursache der Viszeroptose ist eine schlechte Körperhaltung. Durch das Herabhängen der Schultern werden die unteren Rippen gesenkt, und damit das Zwerchfell nach abwärts gezogen, so daß der Raum unter den Rippenbogen für Leber und Magen zu eng wird. Gleichzeitig wird die untere Hälfte des Abdomens durch Erschlaffung der Bauchmuskulatur erweitert. Durch Verringerung des normalen Winkels zwischen Bauch- und Beckenhöhle wird ferner der Druck der Eingeweide direkt ins Becken geleitet. Die Therapie muß daher vor allem eine Besserung der Körperhaltung anstreben. Dies wird erreicht durch Schonung der geschwächten Rückenmuskulatur durch Bettruhe oder Tragen von Geradehaltern, gymnastische Übungen, Erweiterung der oberen Abschnitte des Abdomens durch geeignete Lagerung, z. B. die hyperextendierte Rückenlage, die Knie-Ellbogenlage oder die Vorwärtshängelage, schließlich durch Stützung der Bauchmuskulatur durch geeignete Bandagen. Robert Stern (Offenbach).

16) **W. S. Handley (London). Die Drei-Finger-Fluktuation.** (Surgery, gynecology and obstetr. Vol. XVII. Nr. 1.)

Zur Prüfung auf Fluktuation werden der Zeigefinger der rechten Hand und der Zeige- und Mittelfinger der linken Hand in Form eines gleichseitigen Dreiecks auf die Geschwulst gelegt. Wenn jetzt der rechte Zeigefinger in die Geschwulst hineingedrückt wird, so bewegen sich die beiden Finger der linken Hand bei Vorhandensein von Fluktuation horizontal auseinander. Eine vertikale Erhebung dieser Finger ist allein nicht beweisend, da sie auch bei Pseudofluktuation von Muskel- und Fettgewebe stattfindet. Aus diesem Grunde ist die beschriebene Drei-Finger-Prüfung der üblichen Untersuchung mit zwei Fingern vorzuziehen.

Robert Stern (Offenbach).

Digitized by Google

Sterilität und Sterilisierung.

17) **Geo W. Kosmak.** **Die Bedeutung von Ovarialerkrankungen für die Entstehung der Sterilität.** (Bull. of the Lying-in hospital of the City of New York 1913. Juni.)

Es scheint, daß die Sterilität selten auf eine einzige Ursache zurückzuführen ist, sondern gewöhnlich mehrere Momente zusammenwirken, um Sterilität zu erzeugen. Besonders schwer ist zu entscheiden, wieweit Erkrankung des einen Ovariums dabei eine Rolle spielt. Eine zu diesem Zwecke angestellte Umfrage hat wenig Aufklärung gebracht. Verf. glaubt aber auf Grund seiner eigenen Erfahrung an 45 Fällen, daß oft ein erkranktes, z. B. kleincystisch degeneriertes Ovar die normale Funktion des anderen behindert und deshalb nach Entfernung des kranken die Funktion des gesunden Eierstocks wieder hergestellt wurde. So hat er in 19 seiner Fälle nach der Entfernung des erkrankten Ovariums Schwangerschaft eintreten sehen. Jaschke (Gießen).

18) **T. Hope Lewis (Auckland). Über Tubendilatation bei Sterilität.** (Brit. med. journ. 1913. Juli 12.)

Anläßlich einer Appendektomie fand Verf. bei einer lange Zeit sterilen Frau beide Tuben stenosiert. Er dilatierte dieselben mit dem Erfolge, daß nach 9 Monaten Gravidität eintrat, welche bald von einer zweiten gefolgt war. In einem zweiten Falle von sog. Mittelschmerz führte Verf. dieselbe Prozedur zur Beseitigung einer 4 Jahre bestehenden Sterilität aus. Die Tuben zeigten je 3—4 Strikturen. Dieselben wurden sukzessive dilatiert, wobei man die Geduld nicht verlieren darf. Die Folgen der Operation waren sofort ein Verschwinden des Mittelschmerzes und nach 11 Monaten Eintritt von Gravidität.

Sieber (Grunewald-Schmargendorf).

19) **V. N. Leonard (Baltimore, Md.). Die Schwierigkeit, durch Operation an den Tuben Sterilität zu erzeugen.** (Amer. journ. of obst. and dis. of w. and children 1913. März.)

Verf. betont, daß keines der verschiedenen Verfahren von Tubenunterbindung, -Resektion mit oder ohne intraligamentäre Versenkung der Stümpfe, Salpingektomie absolut sicher eine Sterilität garantiert. Auch Tierversuche zeigen das. Bis zur Erfindung eines besseren Verfahrens dürfte die Exzision beider Tuben einschließlich eines Keiles aus den Uterushörnern das sicherste Verfahren sein.

Jaschke (Gießen).

20) **O. Daude (Pyrmont). Über die Bäderbehandlung der weiblichen Sterilität.** (Med. Klinik 1913. Nr. 30.)

Nach einem längeren theoretischen Überblick über die Ursachen der weiblichen Sterilität geht D. dazu über, sein eigentliches Thema zu besprechen. Besonders geeignet zur Bäderbehandlung sind alle Fälle von Sterilität, die als Folge von Allgemeinerkrankungen auftreten. Ferner chronische Katarrhe, Hyperästhesien, namentlich Vaginismus. D. lobt die Kohlensäurebäder; auch die Moor- und Soolebäder üben einen sehr guten Einfluß aus. Außer Vollbädern, die er mit Vorliebe anwendet, gibt D. jedoch auch Halb- und Sitzbäder, die bis zum Nabel reichen sollen. H. Köhler (Kiel).

21) **Reginald M. Rawes (Neuyork). Die Behandlung der Sterilität mit Intrauterinstiften.** (Amer. journ. of obst. and dis. of w. and children 1913. Juli.)

Bei der Sterilität gibt die Behandlung mit Intrauterinstiften ebenso gute Resultate als die Diszission. Indiziert ist diese Behandlung bei allen Fällen von

Digitized by Google

Anteflexio, ausgenommen bei extremer pathologischer Anteflexio und Kürze der vorderen Vaginalwand. Selbst in Fällen, wo andere Operationen (an Adnexen) notwendig sind, ist der Intrauterinstift als unterstützendes Mittel von Wert. Gefahren sind bei aseptischer Einführung nicht gegeben, ebensowenig ist eine aufsteigende Infektion zu fürchten. Jaschke (Gießen).

22) **A. Facilides. Myom und Fertilität.** Inaug.-Diss., München, 1912.

Vergleich der Sterilitäts- und Fertilitätsstatistik verschiedener Autoren mit dem Myommaterial der Münchener Univ.-Frauenklinik (157 Fälle). 110 Verheiratete, 47 Ledige. Sterilitätsziffer bei Myomkranken nicht höher als bei anderweitig gynäkologisch Kranken. Fertilitätsziffer der Myomkranken fast genau so wie in der allgemeinen Statistik Bayerns, darunter 22% I- und 22% IIgebärende = 44% bei Verf.-Statistik, eine hohe Zahl gegenüber 33% in Fränkel's Statistik; daß dann die Fertilitätsziffer der allgemeinen Norm nicht entspricht, liegt nur im hohen Prozentverhältnis der Multiparen. Eine Zunahme der Fertilität in höheren Jahren bei Myomen konnte Verf. am Münchener Material nicht sicher erweisen. v. Miltner (München).

23) **Johann Schardt. Zur Kasuistik der Myome. Myome und Fertilität.** Inaug.-Diss., München 1912.

Statistische Arbeit aus der II. gynäkologischen Klinik, die zunächst eine Zusammenstellung der Erfolge der verschiedenen Operateure und der verschiedenen Operationsmethoden (abdominelle, vaginale Totalexstirpation, Enukleation) bringt. Hierauf folgt eine ausführliche Anführung der in der II. gynäkologischen Klinik operierten Fälle (182 Fälle mit einer Gesamtmortalität von 9 = 5%). Spezielle Berücksichtigung finden die Komplikationen bei der Operation und die maligne Entartung des Myoms. Die Zusammenstellung aus der Literatur und aus dem bearbeiteten Material über den Einfluß des Myoms auf die Fortpflanzung schließt Verf. wie folgt:

Die Fertilität scheint auf Kosten der Aborte in sämtlichen Ehen herabgesetzt zu sein; der Sitz der Myome scheint auch großen Einfluß auf die Fertilität zu haben. Daß das Myom die Fähigkeit zur Konzeption durch die Rückwirkung auf Ovulation und Menstruation begünstigt, scheint auch nicht der Fall zu sein, denn sonst müßte die Konzeptionszahl, die bei unseren Mehrgebärenden gleich 6,2 ist, die Fertilitätszahl der nicht Myomkranken, die nach Goetze 6,1 beträgt, überschreiten, was aber nicht der Fall ist. Eisenreich (München).

Uterusruptur und Uterusperforation.

24) **C. H. Davis (Chicago). Literaturübersicht über die Uterusruptur nebst kasuistischen Mitteilungen.** (Surgery, gynecology and obstetr. Vol. XVII. Nr. 1.)

Uterusrupturen scheinen häufiger zu sein, als die ältere Literatur annehmen läßt. Die meisten Risse sind zunächst inkomplett und werden erst nachträglich komplett. Bei kompletter Ruptur ist die Gefahr des Shocks, der Blutung und Infektion größer. In 53,8% ist das untere Uterinsegment und die Cervix betroffen, häufiger auf der linken als auf der rechten Seite. Durch exakte Geburtsbeobachtung können viele Rupturen vermieden werden. Da häufig vorausgegangener Kaiserschnitt die Ursache ist, sollten Frauen, die einen Kaiserschnitt durchgemacht haben, nur in Kliniken entbunden werden, und zwar am besten wieder durch Kaiserschnitt vor Wehenbeginn. Die Therapie der erfolgten Ruptur soll möglichst stets in Laparotomie bestehen. Tamponade und Bandagierung sind

Digitized by Google

nur ein temporäres Hilfsmittel und können höchstens bei inkompletter Ruptur gute Erfolge erzielen. Robert Stern (Offenbach).

25) **Varaldo (Savona). Spontanruptur des Uterus in der Geburt mit Austritt des Fötus und der unversehrten Eianhänge in die Bauchhöhle.** (Ginecologia moderna 1912. Nr. 10.)

Bei einer 34jährigen Frau, bei der ein Jahr zuvor wegen engen Beckens der abdominale Kaiserschnitt nach Fritsch ausgeführt worden war, wurde im 8. Schwangerschaftsmonat die künstliche Frühgeburt eingeleitet. Nach 24stündiger regelmäßiger Wehentätigkeit hörten die Wehen auf, ohne daß zunächst irgendwelche beunruhigende Symptome auftraten, jedoch ergab sich, daß der Uterus in der Narbe geplatzt und das intakte Ei in die Bauchhöhle getreten war. Supravaginale Amputation, Mikuliczdrainage. Heilung. Die Placenta saß im Fundus; mikroskopisch fehlten hier Muskelfasern vielfach ganz, zum Teil waren sie degeneriert; dieser Befund zusammen mit Unnachgiebigkeit des Muttermundes infolge Narbenverunstaltung dürfte das Ereignis erklären. Küster (Breslau).

26) **Germanus Espeut (Gelsenkirchen). Uterusruptur nach Pituglandol.** (Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 32.)

Bei verstrichenem Muttermund und während der Kopf mit größtem Durchmesser fest im Beckeneingang stand, waren die Herztöne schwach, die Wehen sehr wenig intensiv, Mekonium ging ab. Allgemeinbefinden und Puls der Mutter waren gut. Da ein operativer Eingriff nicht opportun erschien, wurden zur Beschleunigung der Geburt in einem Zeitraum von $1^1/_2$ Stunden zweimal 1,1 ccm Pituglandol gegeben. 5 Minuten nach der zweiten Injektion rupturierte der Uterus, weshalb sofort die Laparotomie ausgeführt wurde. Der Uterus, der zwei große, seitliche, ins Parametrium hineinreichende Risse zeigte, wurde exstirpiert. Die Pat. starb am 3. Tage an eitriger Peritonitis. Das tief asphyktische Kind konnte nicht wieder belebt werden. Es lag ein Mißverhältnis zwischen Kopf und Becken vor. Ersterer hatte einen Umfang von $37^3/_4$ cm, die Conjugata vera betrug 10 cm. Es waren 7 normale Geburten bei der 34jährigen Frau vorangegangen. Die Schuld an der Uterusruptur ist lediglich dem Pituglandol zuzuschreiben. (Warum erschien denn die operative Entbindung nicht zweckmäßig? Ref.) Frickhinger (München).

27) **Bastianelli (Valdarno). Diagnostisch-operative und histologische Betrachtungen über einen Fall von Uterusperforation mit Vorfall einer Dünndarmschlinge.** (Ginecologia 10. Jahrg. Nr. 2.)

B. behandelte eine Pat. mit verschlepptem Abort. Bei der Sondierung drang die Sonde bis an den Griff ein und der Knopf wurde unter den Bauchdecken getastet. Nach Laminariadilatation fühlte man 36 Stunden später einen weichen Körper im Uterus, der sich, vorgezogen, als Dünndarmschlinge entpuppte. Laparotomie: Zweifrankstückgroßes Loch im Fundus, in welches die Darmschlinge hineinzog. Reposition der Schlinge. Exzision der graugrün belegten Ränder der Verletzung. Bauchnaht. Heilung per primam. Die histologische Untersuchung der ausgeschnittenen Ränder brachte keine Klarheit über den Entstehungsmodus der Verletzung. Der Operateur hält es für möglich, daß bei einer Wendung vor 1 Jahre schon eine Verletzung entstanden ist und jetzt beim Abort die Narbe wieder geplatzt ist. Eine Klärung der Ätiologie bringt die Arbeit nicht. (Sollte nicht eine kriminelle Verletzung vorgelegen haben? Ref.) Knoop (Duisburg).

28) **A. Zimbler (Kobylniki). Ein Fall von Uterusperforation durch einen Fremdkörper.** (Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 32.)

Eine Frau hatte sich zum Zweck der Unterbrechung der Schwangerschaft

Digitized by Google

einen 10 cm langen Gänsefederkiel in die Gebärmutter eingeführt. Einen Tag nachher traten peritonitische Erscheinungen auf. Der Fremdkörper war mit seinem oberen Ende deutlich über der Symphyse fühlbar. Es gelang, ihn am unteren Ende durch den Muttermund herauszuleiten und dann den Uterus vom Ei zu entleeren. Die peritonitischen Erscheinungen schwanden, der Verlauf war reaktionslos.

Alle derartigen Fälle sind von besonderem Wert für die gerichtliche Medizin, weil sie immer aufs neue die Möglichkeit zeigen, daß eine Frau selbst sich einen Fremdkörper in die Uterushöhle einführen kann. Frickhinger (München).

29) **P. Nicolay. Über einen Fall instrumenteller Uterusperforation mit Verletzung des Mesenteriums und Kontinuitätstrennung des Darmes.** Inaug.-Diss., München, 1912.

Ausräumung eines Abortes im 2. Monat in Narkose bei einer 32jährigen IIIpara außerhalb der Klinik. Erwacht mit starken Leibschmerzen. Stuhl und Winde angehalten. Am nächsten Morgen 38,4°, aufgetriebener Leib, gegen Abend Zunahme von Schmerzen und Fieber, Verbringung in die Frauenklinik München. Leib diffus druckempfindlich, kein Meteorismus. Zunge belegt, jedoch feucht. Puls regelmäßig, 95. Temperatur 38,4° rektal. Kein Erbrechen, keine Genitalblutung. Da aus Symptomen und Anamnese keine genaue Erkenntnis einer Uterusperforation möglich (Mitteilung seitens Erstbehandelnden fehlt) und Zustand nicht bedrohlich (2 Tage nach Abortausräumung) probatorische Kolpotomie, worauf sich altes Blut entleert. Laparotomie: Altes, flüssiges Blut im Abdomen. Bauchspülung, Exstirpation des Uterus, der eine fünfmarkstückgroße, zerfetzte Öffnung an der Vorderfläche nahe dem Fundus zeigt. Bei Darmrevision ein $^1/_2$ cm großes, Kot entleerendes Loch in hochgelegener Dünndarmschlinge und Mesenterium, Naht mit Seide und Catgut. Nochmalige Spülung. Drainage der Bauchhöhle nach der Scheide. Schluß der Bauchwunde. Aus der Peritonealflüssigkeit Coli gezüchtet. Nach 4 Wochen Pat. geheilt entlassen. Anführung weiterer 34 Fälle von Uterusperforation mit Curette, Finger, Kornzange, Abortlöffel, Dilatator, Messer, Drahthaken, die teilweise tödlich endeten. Am gefährlichsten erwies sich Zange und Curette, am wenigsten gefahrbringend zwar am Uterus der Finger, jedoch nicht am Darme. Therapie: wenn möglich sogleich Laparotomie, sind doch nach Laparotomie, die sich einige Stunden an die Verletzung anschloß, $^2/_3$ geheilt worden. Ist schon ein Tag verflossen, nur mehr $^1/_3$ Heilung. Schlechteste Prognose haben Uterusperforationen, die bis ins Darmlumen reichen, 41,5% Mortalität. Ob Darmnaht oder Resektion prognostisch besser ist, noch nicht feststellbar. Kotaustritt anscheinend ohne Einfluß auf Prognose der Heilung. v. Miltner (München).

Pituitrin.

30) **L. Popielski** (Lemberg). **Hypophysis und ihre Präparate in Verbindung mit ihren wirksamen Substanzen.** (Berliner klin. Wochenschrift 1913. Nr. 25.)

Die den Hypophysenpräparaten zugeschriebene kontraktionserregende Wirkung auf den Uterus hält Verf. für zweifelhaft. Sie wirken erst in der letzten Etappe der Austreibung, wo oft schon spontan nach längerem Warten kräftige Wehen auftreten. Daß die Präparate der Hypophyse auf den isolierten Uterus wirken, besagt nichts, da es solcher Substanzen viele gibt. Hypophysin setzt den Blutdruck herab, während Pituglandol und Pituitrin ihn steigern. Präparate,

Digitized by Google

die so diametral entgegengesetzte physiologische Eigenschaften entfalten, können nicht in bezug auf Wehenerregung gleichsinnig wirken. Man müßte Präparate vom vorderen und hinteren Teil der Hypophyse gesondert herstellen oder das Vasodilatin in Präparaten, die aus dem gesamten Organ hergestellt sind, durch Phosphorwolframsäure ausfällen und dann Versuche in bezug auf Kontraktionserregung anstellen. H. Fuchs (Danzig).

31) **Schickele** (Straßburg). **Über die Herkunft der blutdrucksteigernden Substanz in der Hypophyse.** (Zeitschrift für die ges. experim. Med. 1913. Bd. I. Hft. 6. p. 545.)

Aus den vom Verf. angestellten Tierversuchen geht hervor, daß die verschiedenen Extrakte der Hypophysis und ihrer Teile verschiedene Wirkungen entfalten. Die auf den Blutdruck wirkenden Substanzen werden durch Alkohol nicht zerstört. Mit den Extrakten des Vorderlappens kann eine Steigerung des Blutdruckes erzielt werden. Das gelingt am besten bei Extraktion mit kochendem Alkohol. Fast immer tritt gleichzeitig mit dem Anstieg eine deutliche Pulsverlangsamung ein, also ganz ähnlich wie bei der Pituitrinkurve (Extrakt des Hinterlappens). Diese Resultate entsprechen dem histologischen Bau des Vorderlappens, der keine sekretorische Tätigkeit dieses Abschnittes wahrscheinlich macht. Die aus dem Hinterlappen gewonnenen Extrakte haben eine geringere blutdrucksteigernde Wirkung, vielleicht stammt das wirksame Sekret aus dem Vorderlappen und ist durch Diffusion in den Hinterlappen gelangt.

Zum Schluß teilt Verf. noch seine Resultate mit, die er mit den Extrakten eines Tumors aus dem Hypophysenvorderlappen anstellen konnte. Die Injektionen hatten eine deutliche Verlangsamung des Pulses zur Folge, dagegen keine Blutdrucksteigerung. Dieselben Extrakte riefen eine deutliche Verstärkung der Wehentätigkeit hervor, ein weiteres Zeichen dafür, daß es sich dabei um mehrere ganz verschiedene Substanzen handelt. Linzenmeier (Berlin).

32) **N. S. Heany. Beitrag zum Studium des Pituitrins.** (Surgery, gynecology and obstetr. Vol. XVII. Nr. 1.)

Blutdruckmessungen nach Pituitrininjektionen zeigten, daß die subkutane Einspritzung kaum eine Blutdrucksteigerung und Pulsverlangsamung bedingt, die intramuskuläre eine geringe Veränderung hervorbringt, die intravenöse Verabreichung dagegen von einer schnellen und bedeutenden Erhebung des Blutdrucks und Verlangsamung des Pulses gefolgt ist, wobei gleichzeitig oft schwere subjektive und objektive Symptome eintreten, die einer Angina pectoris ähnlich sind. Deshalb soll die gewöhnliche Anwendungsform die ungefährliche subkutane Injektion sein, während die intramuskuläre dann in Betracht kommt, wenn eine promptere Wirkung erwünscht ist. Die intravenöse Anwendung muß für Notfälle reserviert bleiben, besonders für sehr bedrohliche Postpartumblutungen. Weiterhin untersuchte Verf. die Frage der Einwirkung des Pituitrins auf die Milchsekretion. Injektion von Pituitrin bei nichtstillenden Wöchnerinnen nach Abschwellen der Brüste konnte kein erneutes »Einschießen der Milch« hervorbringen. Ebensowenig konnte bei stillenden Frauen eine Vermehrung der Milchsekretion durch Pituitrinverabreichung erzielt werden. Die gegenteiligen, tierexperimentellen Resultate früherer Autoren glaubt Verf. durch eine Kontraktionserregung der Brustdrüsenmuskeln erklären zu müssen, wodurch schon gebildete Milch herausgepreßt würde. Zum Beweis dieser Erklärung machte er folgende Versuche: Über die Mamma wird eine Hyperämie-Saugglocke gestülpt, deren Schlauch mit einem Steigrohr verbunden wird. Glocke und Steigrohr werden dann mit Wasser gefüllt. Wurde nun Pituitrin intravenös injiziert, so sank der

Digitized by Google

Wasserstand im Steigrohr, ein Zeichen der Kontraktion der Brustdrüse, die im Falle einer Mehrsekretion im Gegenteil anschwellen müßte, so daß das Wasser im Steigrohr anstiege. In gleichem Sinne sprach auch ein Tierversuch an einer Hündin, bei der ebenfalls eine Kontraktion der Brustdrüse nachgewiesen werden konnte. Nach diesen Ergebnissen ist eine laktagoge Wirkung dem Hypophysenextrakt abzusprechen. Robert Stern (Offenbach).

33) **Jennings C. Litzenberg** (Minneapolis). **Pituitrin in der Geburtshilfe.** (St. Paul med. journ. 1913. August.)

Ausführliche Literaturübersicht nebst eigenen Erfahrungen mit folgendem Ergebnis: Pituitrin ist ein wertvolles Stimulans für den Uterus. Zur Aborteinleitung ist es ungeeignet, zur Einleitung der Frühgeburt führt es nur in seltenen Fällen. Seine Hauptwirksamkeit entfaltet es im zweiten Stadium der Geburt. In der Eröffnungsperiode ist es nur bei stark aufgelockerter und teilweise entfalteter Cervix zu empfehlen, in der Nachgeburtsperiode dem Ergotin nicht überlegen. Vor einer wahllosen Anwendung ist mit Rücksicht auf die Möglichkeit von Schädigungen, namentlich Tetanus uteri bei früher Darreichung in der Eröffnungsperiode, zu warnen. Jaschke (Gießen).

34) **F. Clifton Edgar** (Neuyork). **Pituitrin bei Wehenschwäche.** (Am. journ. of obst. and dis. of w. and children 1913. Juli.)

Erfahrungen an 70 Fällen. Verf. hält 0,4 g (also 2—4 Ampullen à 1 ccm der gebräuchlichen Präparate) als Anfangsdosis für notwendig, die wegen der kurzen Dauer der Wirkung nach 30 Minuten wiederholt werden muß. In hartnäckigen Fällen empfiehlt sich die Kombination mit Ergotinpräparaten. Bei normalen Geburten soll das Pituitrin nicht verwendet werden, sondern ist auf Fälle von Wehenschwäche und zur Bekämpfung der postpartalen Atonie zu reservieren. — Richtiger Tetanus uteri wurde nie beobachtet, wenn auch die Kontraktionen sehr verlängert und die Pausen verkürzt werden können. In den Eröffnungsperioden können Kompression der Nabelschnur, Cervixzerreißungen, vorzeitige Placentarlösung veranlaßt werden. — Bei Wehenschwäche kein Versager, bei postpartaler Atonie zwei Versager unter 18 Fällen. Zur Einleitung der Frühgeburt ist Pituitrin allein ungeeignet. — Als Blasen-, Darmtonikum und Galaktogogum hat Verf. es ohne Erfolg verwendet. Im einzelnen ist die Wirkung überhaupt sehr inkonstant nach Grad und Dauer. Trotzdem bleibt es vor allem zur Bekämpfung der Wehenschwäche ein sehr wertvolles Mittel. Jaschke (Gießen).

35) **Karl Neuwirth** (Wien). **Pituitrin in der Eröffnungsperiode.** (Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 38.)

Es bestanden bei einer 33jährigen Erstgebärenden Krampfwehen, die 16 Stunden anhielten und zu keinem Fortgang der Geburt führten. Der Muttermund war für einen Finger durchgängig. Die Blase stand. Ein kleines Segment des Kopfes, der eingetreten zu sein schien, war fühlbar. Die Prognose war mit Rücksicht auf die Gesamtumstände für Mutter und Kind zweifelhaft. Eine Injektion von Pituitrin bewirkte im Zeitraum von $2^1/_2$ Stunden einen spontanen Ablauf der Geburt. Frickhinger (München).

Darm.

36) **H. Füth** (Köln). **Über die hohe Mortalität der Appendicitis in graviditate und ihre Ursache.** (Med. Klinik 1913. Nr. 39.)

$2^1/_2$% der Appendicitis überhaupt befallen Frauen in der Gravidität. Die Gesamtmortalität der Appendicitis beträgt 5,8%, der Appendicitis in graviditate

Digitized by Google

25,3%; die Mortalität der Operierten beträgt 14,6%, der operierten Graviden 23,7%. Die Mortalität der Kinder schwankt zwischen 41,6 und 50,7%.

Wenn der Uterus aus dem kleinen Becken heraussteigt (im 4. Monate), dann hebt er Wurmfortsatz und Coecum in die Höhe. Deshalb ist der Pararektalschnitt bei eventueller Operation nur in den ersten Monaten zu verwenden. Man muß also, um die Operation leichter zu machen, den Schnitt viel höher und seitlicher nehmen als sonst. Der Wurmfortsatz hängt in 70% der Fälle so, daß er nach innen und etwas nach unten vom Coecum verläuft, wobei er über den Rand des kleinen Beckens herabhängt. Auf diese Weise kann der Eiter, wie es die Gynäkologen alle wissen, leicht in die Gegend des für ihn geringsten Widerstandes, den Douglas, gelangen. Sobald der Uterus aber den Wurmfortsatz hebt, wird diese günstigste und zugänglichste Stelle für den eitrigen Abszeß dem Wurmfortsatz nicht mehr zugänglich, der Eiter sammelt sich im großen Becken um das blinde Ende des Wurmfortsatzes an. Eine andere Gefahr ist die, daß es einmal zu Abort und Frühgeburt kommt, daß andererseits durch die plötzliche Entleerung des Uterus ein in großer Nähe liegender, entzündlicher oder gar eitriger Prozeß in bis dahin freie Abschnitte des Bauchfells geleitet werden kann. Ferner wirkt erschwerend die Tatsache, daß viele Symptome der Gravidität und der Appendicitis gemeinsam sind: Stuhlverstopfung, Erbrechen, Übelkeit, Schmerzen im Leibe. Dazu kommt, daß die Frauen wissen, daß die Schwangerschaft ihnen solche Beschwerden machen kann, sie halten es deshalb nicht für geboten, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen; es wird das Leiden deshalb nicht rechtzeitig erkannt. Noch später verdeckt den appendicitischen Prozeß der gravide Uterus, so daß ersterer auch dann noch nicht erkannt wird. Man muß also bei allen derartigen Graviden an Appendicitis mitdenken, um die ungünstigere Situation intra graviditatem richtig zu würdigen. H. Köhler (Kiel).

37) **C. Longard (Forst-Aachen). Beiträge zur Behandlung der akuten eitrigen Appendicitis.** (Archiv für klin. Chirurgie Bd. CI. Hft. 1.)

Verf. stellt seine Erfahrungen an diesen Fällen zusammen; unter anderem weist er darauf hin, daß in der Regel die Perforationen von einem starken Kollaps mit Leibschmerzen, Erbrechen, Meteorismus und Stuhlverhaltung angezeigt werden, während die Temperatur wenig oder gar nicht erhöht ist. Die Verwechslung mit torquierten Ovarialcysten liegt nahe und ist auch ihm zweimal passiert. Charakteristisch für kleine Abszesse im Becken ist eine bei erhöhtem Becken und guter Beleuchtung sichtbare leichte Vorwölbung der rechten Bauchseite, bedingt durch die über dem Abszeß liegenden meteoristisch aufgetriebenen Därme. Im Stadium der abgesackten Erkrankung sind oft Puls und Temperatur fast normal und werden erst beim Wachsen des Abszesses auffallend. Verf. plädiert dafür, in jedem Stadium zu operieren, bei Abszessen sowohl wie bei akuter Entzündung. Nur in ganz besonders schwierigen Abszeßfällen läßt er die Appendix zurück. Bei dem Durchbruch in die freie Bauchhöhle gießt er 50 ccm Kampferöl ein, unter wesentlicher Besserung der Resultate. Nach Tamponade macht er prinzipiell eine Sekundärnaht unter gleichzeitiger Lösung der eingetretenen Verwachsungen und Entfernung des etwa noch vorhandenen Appendix. An seinen 100 Fällen wurden im ganzen 177 Operationen vorgenommen mit einer Mortalität von 16%. Ein Pat. starb an der Sekundärnaht. Calmann (Hamburg).

38) **Julius Deutz (Stuttgart). Resultate von 601 Appendicitisoperationen mit besonderer Berücksichtigung der Frühoperation.** (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXXXIV. Hft. 2.)

Bei Ausschluß chronischer Appendicitiden kamen auf 601 Operationen 8 nicht-

Digitized by Google

operierte Fälle. Unter den Frühoperationen waren 32 (13%) mit freier Peritonitis kompliziert (1 Todesfall); unter den im Intermediär- und Spätstadium operierten 33 = 14% (10 Todesfälle). Es ergibt sich also, daß auch bei der Peritonitis die Frühoperation die günstigsten Chancen gibt. Bei 225 Operationen im Intermediär- und Spätstadium bei fehlender Peritonitis ergab sich eine Mortalität von 25 = 11%, bei Frühoperationen 0,4%. Auf 134 Intervalloperationen kommt ein Todesfall an Lungenembolie (0,7%), auch diese Operation steht also an Sicherheit hinter der Frühoperation zurück. Calmann (Hamburg).

39) **C. Legiardi-Lama** (Neuyork). **Netztumor mit gedrehtem Stiel eine Appendicitis vortäuschend.** (Med. record Bd. LXXXIV. p. 205.)

Gänseeigroßes, von fibröser Kapsel umhülltes Lipom des Netzes mit dünnem, gefäßhaltigem Stiel, der offenbar im Anschluß an ungewöhnliche Körperbewegungen und Anstrengungen der Bauchpresse sich gedreht hatte. Der Tumor ging von der Vorderseite des Netzes aus; Lokalisation direkt über der normalen Appendix, so eine Appendicitis vortäuschend. Exstirpation des Tumors, Appendektomie, Heilung. Schottelius (Hamburg).

40) **F. A. Palmer** (Morris, Ill.). **Ist Appendicitis jemals katarrhalisch?** (Med. record Bd. LXXXIV. p. 140.)

Die klinisch oft gebrauchte Diagnose »katarrhalische Appendicitis« wird auf Grund eigener Serienschnittuntersuchungen und der von Pathologen wie Operateuren vertretenen Anschauungen abgelehnt. Der Ursprung der Appendicitis ist vielmehr lymphogen.

Bei der absoluten Unmöglichkeit einer Prognose soll der Diagnose stets sofort die Operation folgen. Schottelius (Hamburg).

41) **Ernst Müller** (Hamburg). **Über Karzinoide des Wurmfortsatzes.** (Arch. f. klin. Chirurgie Bd. CI. Hft. 1.)

Verf. beschreibt acht Fälle von sogenannten Karzinoiden des Wurmfortsatzes, d. h. mikroskopisch als Karzinome imponierende Rundzellentumoren mit typischer Struktur und infiltrativem Wachstum. Klinisch fehlt der Charakter der Bösartigkeit, die Kachexie und die Metastasenbildung. Gegen Karzinom spricht auch das überwiegend bevorzugte Alter der Pat. von 20—30 Jahren. Verf. setzt sich mit allen in der Literatur niedergelegten Anschauungen auseinander und kommt zum Schluß, daß die Wurmfortsatzkarzinoide zur Klasse der von Oberndorfer beschriebenen, karzinoiden Dünndarmtumoren gehören und mit ihnen eine besondere Gruppe epithelialer Neubildungen des Darmes bilden. Daneben gibt es allerdings in sehr geringer Zahl echte Karzinome, bei denen das Coecum mitergriffen ist, so daß der primäre Ursprung aus dem Appendix nicht einwandfrei festzustellen ist; sie zeigen meist den Typus des Adenokarzinoms, zum Teil mit Kolloidentartung, sie haben auch klinisch alle Eigenschaften des Karzinoms. Ferner gibt es primäre, auf die Appendix beschränkte Karzinome, die auch klinisch das Bild des Karzinoms aufweisen. Die vom Verf. untersuchten Fälle gehören jedoch nicht zu diesen. Calmann (Hamburg).

42) **Paczeh** (Kattowitz). **Ein Fall von Pseudomyxombildung nach Appendicitis.** (Wiener klin. Rundschau 1913. Nr. 27—28.)

Seit Fraenkel nachwies, daß die von Werth benannten Pseudomyxome auch durch Bersten des mit Schleim gefüllten Appendix zustandekommen können, sind mehrere derartige Fälle in der Literatur beschrieben worden. Bei dem Falle, von dem P. berichtet, handelt es sich um eine schwerkranke Pat., die unter der klinischen Diagnose Appendicitis acuta mit retrocoecalem Abszeß operiert wurde. Es präsentierte sich bei der Eröffnung am Coecum ein faustgroßes, mit dem Peri-

Digitized by Google

toneum verklebtes Tumorkonvolut, das beim Entwickeln schleimig-gallertige Massen entleerte. Peritoneum sonst frei. Das Präparat zeigte einen vergrößerten, posthornartig gekrümmten Appendix, der Gallertschleim enthielt und an dessen Außenseite ein apfelgroßer Tumor saß. Das Lumen des proximalen Drittels fast obliteriert, das distale normal und das mittlere erweitert. Von hier aus führt eine $^1/_2$ cm weite Öffnung in den Tumor, der aus zwei Cysten mit schleimig-gallertigem Inhalt besteht. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte die Diagnose eines Pseudomyxoms. Die Frau wurde geheilt entlassen.

Im Gegensatz zu den »gynäkologischen« Pseudomyxomen hält man die Prognose im allgemeinen für günstig, wohingegen über die Ätiologie die Ansichten der Autoren noch sehr verschieden sind. Eine klinische Diagnosenstellung ist kaum möglich, da ein Symptomenkomplex, der auf Pseudomyxombildung nach Appendicitis schließen ließe, bisher nicht besteht. Friedrich (Kiel).

43) **Marie Anna Neumann (Luzern). Mitteilung über das Vorkommen des Ascaris lumbricoidis, Oxyuris vermicularis und Trichocephalus dispar im Kindesalter.** (Wiener klin. Rundschau 1913. Nr. 25—31.)

Verf. fand unter 122 Kindern bei 41 (= 33,6%) Wurmeier im Stuhl. Die Säuglinge hatten stets negativen Befund; am häufigsten war die Altersstufe von 6—12 Jahren befallen.

Oxyuren und Askariden machen die meisten Komplikationen, von denen Invasion in die Genitalien weiblicher Kinder mit anschließender Onanie und Appendicitis die wichtigsten sind. Friedrich (Kiel).

44) **H. A. Royster (Raleigh). Adhäsionen des Sigmoideum.** (Surgery, gynecology and obstetr. Vol. XVII. Nr. 2.)

In vielen Fällen von linkseitigem Leibschmerz ist die Ursache in Adhäsionen der Flexura sigmoidea zu suchen. Die Diagnose wird gestellt aus typischen Schmerzen bei der Defäkation und nach Ausschluß einer Adnexentzündung. Die Therapie besteht in Beseitigung der Verwachsungen durch Laparotomie.

Robert Stern (Offenbach).

45) **O. Wiegand. Hilfsoperationen am Darm zur Einleitung, im Verlauf und als Folge gynäkologischer Operationen.** Inaug.-Diss., Freiburg i. B., 1913.

W. fand unter dem Material der Freiburger Frauenklinik aus den Jahren 1904—1911 27 Operationen, bei denen chirurgische Eingriffe am Darm nötig wurden. Am häufigsten war die Anlegung eines Anus praeternaturalis erforderlich, nämlich 13mal; weiter 6mal Darmresektion; 5mal wurden Rekto-vaginalfisteln geschlossen, 1mal wurde intra operationem eine Darmläsion gesetzt. Mehrmals mußte in Verbindung mit den Darmoperationen eine Enteroanastomose angelegt werden. Die Indikation zu diesen Eingriffen war meist postoperativer Ileus und Peritonitis; der Exitus letalis trat in 15 Fällen ein, 10 wurden völlig geheilt entlassen. Die Indikation zu den verschiedenen Operationen wird an der Hand der einzelnen Krankengeschichten genau besprochen und am Schluß der einzelnen Abschnitte eine Zusammenfassung der Literatur gegeben.

Schneider (Freiburg).

Originalmitteilungen und Referate für das Zentralblatt wolle man an *Prof. Dr. W. Stoeckel* in Kiel, Monographien, Sonderdrucke und Bücher-sendungen an *Prof. Dr. W. Stoeckel* oder an die Verlagshandlung von *Johann Ambrosius Barth*, Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. W. Stoeckel in Kiel.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Digitized by Google

Zentralblatt für Gynäkologie

begründet von HEINRICH FRITSCH

herausgegeben von

WALTER STOECKEL in Kiel.

37. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 48. Sonnabend, den 29. November 1913.

Inhalt.

Originalien: I. **H. Meyer,** Das Problem der »Kreuzfeuerwirkung« in der gynäkologischen Röntgentherapie. — II. **H. Rotter,** Über meine beckenerweiternde Operation durch Promontoriumresektion.

Neue Bücher: 1) **Hübotter,** Chinesisches Lehrbuch der Geburtshilfe.

Berichte: 2) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin. **Poth, Grunert,** Stieldrehung des Uterus bei Myom. — **Haendly,** Eklampsie. — **Eckelt,** Nierenfunktion in der Schwangerschaft. — **Fromme,** Urethraldivertikel. — **Jolly,** Geburt bei schiefem Becken.

Zeitschriften: 3) Gynäkologische Rundschau 1913. Hft. 15—19. **Gammeltoft,** Antiproteolytische Stoffe im Gravidenserum. — **Liepmann,** Fluor albus. — **Höger,** Aspirator. — **Jaworski,** Abderhalden's Reaktion. — **Falgowski,** Beckeninfiltrate. — **Franki,** Ovarialfunktion bei Morbus Basedowii. — **Ballerin,** Quincke'sche Krankheit und Schwangerschaft. — **Stephan,** Varixknoten am Uterus. — **Pozsonyi,** Scheidenkrebs. — **Scherer,** Vitium cordis und Schwangerschaft. — **Harabath,** Graviditätshypertrichosis.

Geburtshilfliche Operationen: 4) **Sagrjaskin,** Chronik. — 5) **Chaimtschik,** Puerperale Morbidität und Mortalität. — 6) **Helle,** Operative Entbindungen. — 7) **Jullien,** Querlage. — 8) **Rosiner,** 9) **Kadyschewitsch,** 10) **Waksmann,** Dammrisse. — 11) **Meyer,** Ruptur des Septum recto-vaginale. — 12) **Saniter,** Geburtshilfliches Besteck.

Geburtshilfliche Komplikationen: 13) **v. Funke,** 14) **Colorni,** Diabetes. — 15) **Labendzinski,** Perniziöse Anämie. — 16) **Klesin,** Herzerkrankungen. — 17) **Faugère,** Shock. — 18) **Harrar,** Beckenhämatom.

Adnexe: 19) **Hannes,** Adnexerkrankungen. — 20) **Tédenat** und **Rives,** Tubo-ovarielle Cysten. — 21) **Matthey,** Hernien. — 22) **Ostrcil,** Tubare Embryome. — 23) **Einsle,** 24) **v. Bubnoff,** Tubenkarzinom.

Fötus und Neugeborenes: 25) **Dedeck,** Atmungsbewegungen. — 26) **Ylppö,** Icterus neonatorum. — 27) **Bamberger,** Kranioschisis und Rachischisis totalis. — 27) **Truesdell,** Geburtsfrakturen. — 29) **Thomas,** Totgeburten. — 30) **Reuben,** 31) **Kerness,** Kindersterblichkeit. — 32) **Asserson,** Kinderernährung.

I.

Das Problem der „Kreuzfeuerwirkung" in der gynäkologischen Röntgentherapie.

Von

Dr. Hans Meyer,

Privatdozent für Röntgenologie in Kiel.

Die großen Fortschritte, welche die Strahlentherapie gynäkologischer Leiden in letzter Zeit gemacht hat, sind einzig und allein darauf zurückzuführen, daß man jetzt endgültig den Boden der reinen Empirie verlassen hat, und daß man durch Ausbau der wissenschaftlichen Grundlagen der Methodik das ganze Gebiet auf eine andere Basis stellte. Dank dem Zusammenarbeiten des Physikers und Mathematikers, der den Grundriß zeichnete, des Röntgenologen, der durch experimentelle Untersuchungen die Grundmauern legte und des Gynäkologen, der den Bau aufführte, ist allmählich ein Gebäude entstanden, in dem zwar noch viele

Digitized by Google

Bausteine fehlen, dessen endgültige Vollendung aber nur eine Frage der Zeit sein kann. Die Methoden also sind es, die uns weiter gebracht haben, das methodische Rüstzeug, mit dem wir heute an die Kranken herantreten, ist gegenüber früher unendlich viel feiner und besser geworden, und die Strahlentherapie, die man früher glaubte, jedem Laien anvertrauen zu können, hat sich zu einer sehr komplizierten Wissenschaft entwickelt, deren Ausübung in die Hände röntgenologisch geschulter Ärzte gelegt wurde.

Besonders sind es zwei Probleme, an deren Lösung ein wesentlicher Fortschritt in der Tiefentherapie sich knüpfen mußte: Einerseits die richtige Auswahl der geeigneten Strahlenqualität und andererseits das Problem einer möglichst rationellen Konzentrierung der Strahlen auf die zu beeinflussenden Organe, die sogenannte Kreuzfeuerwirkung.

Was zunächst den ersten Punkt anlangt, so geht man heute nicht zu weit, wenn man die Behauptung aufstellt, daß dieses Problem für die gynäkologische Tiefentherapie gelöst ist. Experimentelle Untersuchungen, wie sie in Frankreich, in Freiburg, Halle und Kiel mit verschiedener Versuchsanordnung, aber überall mit demselben Resultat angestellt wurden, ließen uns die Lehre, welche ausschließlich den weicheren Strahlen der Röntgenbirne biologische Energie zuerkennen wollte, als eine Irrlehre, die ein unendlicher Hemmschuh gewesen war, überwinden und zeigten uns mit aller Sicherheit, daß die hochgefilterten Strahlen, d. h. solche, welche 3 oder noch besser 4 mm Aluminiumfilter passiert haben, in jeder Beziehung geeigneter für die gynäkologische Tiefentherapie sind als die schwachgefilterten und ungefilterten Strahlen. Die gegenteiligen Anschauungen mancher Röntgenologen, die schwachgefilterte oder sogar ungefilterte, weiche Strahlen für die gynäkologische Therapie empfehlen, sind jetzt wohl durch die Arbeiten der Freiburger Schule, durch die Untersuchungen von Rost und Krüger, sowie auch durch die grundlegenden Arbeiten von Christen widerlegt. Es war ohne Zweifel für die Entwicklung der Strahlentherapie nicht günstig, daß vielfach die Anschauung vorherrschte, daß die Voraussetzungen für eine rationelle Röntgentherapie mit denen der Röntgendiagnostik zusammenfallen, daß also diese beiden Disziplinen aus denselben Quellen schöpfen. Wenn man demzufolge früher glaubte und es auch empfahl, daß für die gynäkologische Tiefentherapie gerade die Strahlenqualität gewählt werden müsse, mit der man die besten, d. h. kontrastreichsten Beckenröntgenphotographien erzielen könne, so weiß man jetzt, daß diese aus der Diagnostik abgeleitete Anschauung nicht richtig sein kann, und daß die Probleme für die Therapie viel komplizierter liegen. Mit hochgefilterten Strahlen läßt sich kein Beckenbild herstellen, wohl aber eine sehr wirksame gynäkologische Tiefentherapie erreichen. Die aus der Röntgendiagnostik gewonnenen Erfahrungen lassen sich also nicht ohne weiteres für die Therapie verwerten.

Wenn nun auch durch die rationelle Ausarbeitung der Filtertechnik ein ganz gewaltiger Fortschritt erzielt ist, so ist damit doch noch längst nicht das erreicht, was wir für eine wirksame Strahlentherapie benötigen. Der Grund dafür ist folgender.

Das ganze Problem der Tiefentherapie läßt sich ja ganz einfach so formulieren, daß es unsere Aufgabe sein muß, möglichst viel Strahlen in einer ganz bestimmten Tiefe des Körpers zur Absorption und damit zur Wirkung zu bringen, ohne die darüber liegenden Gewebe, speziell ohne die so sehr strahlenempfindliche Haut zu schädigen, mit anderen Worten, wir müssen das Verhältnis zwischen der in der Haut und in der Tiefe des Körpers absorbierten Strahlenmenge möglichst günstig

Digitized by Google

gestalten: in der Haut, wo wir keine Wirkung haben wollen, soll möglichst wenig, in der ganz bestimmten Tiefe aber, wo wir die Wirkung erzielen wollen, soll möglichst viel Strahlenenergie absorbiert werden. Dieses Verhältnis zwischen Oberflächen- und Tiefendosis nennen wir nach Christen den Dosenquotienten, ihn günstig zu gestalten ist die erste Aufgabe der röntgenologischen Methodik.

Es wurde nun schon in einer Arbeit von Rost und Krüger in dem von mir geleiteten Institut (Strahlentherapie Bd. II) der experimentell begründete Nachweis geführt, daß dieser Dosenquotient durch Einschalten von Strahlenfiltern sich ganz erheblich verbessern läßt.

A. Strahlenqualität	B. Filtration mit Aluminium	C. Absorbierte Strahlenmenge		D. Dosenquotient
		obere Schicht	tiefe Schicht	
Halbwertschicht 1,0 cm	0	129%	2%	64
„ 1,5 cm	0	89%	5,5%	16,2
„ 1,8 cm	0,5	74%	7,3%	10,1
„ 2 cm	1 mm	67%	8,4%	8,0
„ 2,25 cm	2 mm	60%	9,4%	6,3
„ 2,25—2,5 cm	3 mm	56%	9,9%	5,7
„ 2,5 cm	4 mm	54%	10,2%	5,3
„ 3 cm	Praktisch	46½%	11,5%	4,0
„ 6 cm	nicht zu erreichen	23½%	12,2%	2,0

Wie in vorstehender Tabelle noch einmal erläutert sei (wobei angenommen ist, daß wir in 6 cm Tiefe, d. h. der von Hoehne und Linzenmeyer gefundenen Durchschnittslage der Ovarien ein Organ oder Gewebe zu bestrahlen hätten), läßt sich auf Grund der Christen'schen Berechnungen der Nachweis führen, daß von einer mittelweichen Strahlung, das ist einer Strahlung mit der Halbwertschicht 1 cm (gemessen nach Christen) 129% in der Haut und nur 2% in einer ebenso dicken, in 6 cm Tiefe gelegenen Schicht absorbiert wird. Dieses Verhältnis ist natürlich ein außerordentlich ungünstiges, der Dosenquotient ist 64, d. h. es werden 64mal mehr Strahlen in der Haut absorbiert als in derselben Schichtdicke des zu beeinflussenden Organs in der Tiefe. Wählt man nun für die Tiefentherapie statt der mittelweichen die härteste Strahlung, welche eine Röntgenröhre liefern kann, so wird jetzt das Verhältnis zwischen Oberflächen- und Tiefendosis zwar etwas günstiger, aber auch der Dosenquotient 16,2 genügt den Anforderungen, die wir an die Strahlenqualität stellen müssen, noch ganz und gar nicht. Schalten wir nun vor das Strahlengemisch Strahlenfilter vor, nehmen wir also aus dem Strahlengemisch die weichen Strahlen heraus und ersetzen sie durch ebensoviel harte, so geht aus der Tabelle ganz überzeugend hervor, daß sich bei Filtration der Strahlen der Dosenquotient erheblich bessert. Bei Einschaltung von 0,5 mm Aluminiumfilter rückt er von 16,2 auf 10,1 herunter, bei 1 mm Aluminium auf 8,0; bei 4 mm Aluminium auf 5,3. Darüber hinaus kommen wir leider in der Praxis nicht, denn wie wir durch zahlreiche Versuche nachweisen konnten, hat ein weiteres Vorschalten von Filtern keinen nennenswerten Einfluß mehr auf die Härtung des Lichtes und ist außerdem auch wegen der starken Abschwächung der Strahlenintensität unökonomisch (Schatz). Wir haben also bei Anwendung von durch

Digitized by Google

4 mm Aluminium filtrierten Strahlen immer noch über 5mal soviel Strahlen in der Oberfläche als in der Tiefe, und wenn es auch einleuchtend ist, daß gegenüber dem ursprünglichen Dosenquotienten 16 bei der ungefilterten harten oder gar dem Dosenquotienten 64 bei der mittelweichen Strahlung ein gewaltiger Fortschritt erzielt ist, so geht doch schon aus dieser Tatsache, daß der Dosenquotient noch 5,3 ist, hervor, daß wir trotz der starken Filterung und der dadurch erzielten sehr wesentlichen Besserung noch immer nicht das Optimum der Strahlenhärte erreicht haben.

Das wird uns noch weiter klar, wenn wir uns an die wichtigen Christen'schen Absorptionsgesetze und die von ihm daraus abgeleiteten Regeln für die Wahl der Strahlenqualität in der Tiefentherapie erinnern. Man bekommt ja nach Christen dann die günstigen Strahlungsbedingungen, wenn für die Tiefenbestrahlung jeweils diejenige Strahlenqualität gewählt wird, deren Halbwertschicht gleich der über dem zu bestrahlenden Organ gelegenen Weichteilschicht ist. Wenn wir die Tiefenlage der Ovarien zu durchschnittlich 6 cm annehmen, und die Tiefenausdehnung der Myome und Karzinome wird eher noch größer sein, so müßte ja die Strahlung, die wir für die gynäkologische Tiefentherapie benötigen, eine Halbwertschicht von 6 cm aufweisen. Die oben angeführte Tabelle lehrt uns aber, daß wir uns zwar diesen günstigsten Strahlungsbedingungen bei Anwendung von hochgefilterten Strahlen nähern, aber dieses Optimum der Strahlenhärte nicht erreichen, denn so harte Röntgenstrahlen, die das Optimum gewährleisten, lassen sich heute für die röntgenologische Praxis nicht darstellen. An diesem Punkte setzt ja die Behandlung mit radioaktiven Körpern ein als Ergänzung der Röntgenstrahlentherapie. Die Strahlenhärte, die wir in der Röntgentherapie nicht erzielen können, da sie uns die Röntgenbirne nicht in genügendem Ausmaß liefert, die können wir mit radioaktiven Körpern erreichen. Wenn wir ganz in derselben Weise mit der Filtertechnik wie bei der Röntgentherapie vorgehen, d. h. aus dem Strahlengemisch der radioaktiven Körper alle für die Tiefentherapie ungeeigneten Strahlengruppen durch Filtrierung wegnehmen, so erhalten wir eine Strahlung, die viel härter ist als die bei Filtration der Röntgenstrahlen resultierende, und die uns nun auch für die in größere Tiefenausdehnung sich erstreckenden Tumoren das Optimum der Strahlenhärte gewährleistet. Darin liegt auf der einen Seite die Bedeutung der Mesothorium- und Radiumtherapie gegenüber der Röntgentherapie begründet — andererseits beruht der Wert der Radiumtherapie natürlich auch darauf, daß wir die Kapseln der radioaktiven Substanzen in die Körperhöhlen einführen können, daß wir also vom Uterus, der Vagina, der Blase, dem Rektum, der Mundhöhle, der Speiseröhre, dem Magen aus die Tumoren angreifen können, was ja mit Röntgenstrahlen in der Weise nicht möglich ist.

Wir sehen also, daß trotz der wesentlichen Verbesserung, welche die Filterwirkung mit sich bringt, doch die Tiefendosen in der Röntgentherapie durch Absorption (und dazu kommt noch die sehr erhebliche Dispersion) immer noch viel zu rasch abnehmen, als daß in allen Fällen, namentlich bei Karzinomen, mit einer einfachen Bestrahlung eine wirksame Beeinflussung des pathologischen Gewebes, wenn es nicht übermäßig radiosensibel ist, zu erwarten wäre. Wir müssen uns also noch nach anderen Hilfsmitteln der Bestrahlungstechnik umsehen, um die Strahlungsbedingungen, vor allen den Dosenquotienten, zu verbessern, und es erhebt sich die Frage, wie können wir in der Röntgentherapie die viel zu rasche Abnahme der Tiefendosen am besten kompensieren, nachdem wir bezüglich der Strahlenhärte an eine gewisse Grenze, über die wir nicht hinwegkommen, gebunden sind?

Schon lange hat man die Antwort auf diese Frage gegeben, sie lautet, daß dies am besten ermöglicht wird durch die sogenannte Kreuzfeuerwirkung, d. h. dadurch,

Digitized by Google

daß man für die Strahlung verschiedene Eingangspforten wählt. Es ist ja immer in erster Linie die Rücksicht auf die Haut, die uns hindert, genügende Mengen von Strahlenenergie in die Tiefe zu bringen, und wenn man nun das Organ anstatt von einer Seite her von mehreren Richtungen bestrahlt, so erhält dasselbe natürlich ein mehrfaches derjenigen Strahlenmenge, die ihm bei einstelliger Bestrahlung zu teil würde, während die Haut immer nur von der einfachen Menge getroffen wird. Wie sollen wir aber nun diese Kreuzfeuerwirkung, speziell in der gynäkologischen Tiefentherapie, gestalten? Sicherlich ist dieses Problem einer der schwierigsten, aber auch wichtigsten Punkte in der ganzen gynäkologischen Röntgentherapie. Wie schwierig es ist, erhellt vor allem aus der Divergenz der Anschauungen. Auf der einen Seite steht die Hamburger Schule mit zwei oder drei Einfallspforten für die Strahlen, auf der anderen Seite die Freiburger mit deren 30 bis 50. Es kann ja nun nicht dem geringsten Zweifel unterliegen, daß die Freiburger Methode mit ihren zahlreichen Röhrenstellungen den Hamburgern insofern überlegen ist, als dadurch die Tiefenwirkung besser gestaltet wird, aber auf der anderen Seite kann doch kein Zweifel darüber obwalten, daß bei dieser Methode die Ökonomie des Verfahrens nicht genügend Berücksichtigung findet. Denn es bedeutet doch eine gewisse Verschwendung von kostbarer und teurer Röntgenstrahlenenergie, wenn wir so häufig die Röhre aufstellen müssen, um durch ganz kleine und schmale Einfallspforten die Strahlen in die Tiefe zu leiten und sie so auf die zu beeinflussenden Organe zu konzentrieren. Die Tatsache, daß es sich bei der Freiburger Methode um sehr kleine Einfallspforten handelt, wird merkwürdigerweise bei der Beurteilung der ganzen Methode meistens nicht genügend berücksichtigt, ja man hat sich sogar daran gewöhnt, unbekümmert um die Größe der Einfallspforte, ganz einfach die Oberflächendosen zu addieren und sie ohne weiteres unmittelbar miteinander in Beziehung zu bringen. So lesen wir häufig, gerade in gynäkologischen Arbeiten, daß ein Autor z. B. angibt, er habe früher nur 20 X verabfolgt, während er neuerdings nach der Intensivtherapie 1000 X appliziert. Ich habe schon wiederholt darauf hingewiesen, und jetzt haben auch Grisson und Haenisch das hervorgehoben, daß diese beiden Zahlen sich absolut nicht miteinander vergleichen lassen. Man kann doch unmöglich daraus den Schluß ziehen, daß nun in dem einen Falle 50mal mehr Strahlen zur Einwirkung gekommen wären wie in dem anderen. Man kann die dem Körper in toto inkorporierte Strahlenmenge doch nur dann in zwei Fällen miteinander in Beziehung setzen, wenn die Einfallspforten genau gleich groß waren oder aber wenn man die Größe der Einfallspforte als Faktor mit in die Rechnung einstellt. Aber auch das würde noch nicht einmal genügen, um ein Bild zu geben von der Dosis, welche der Autor appliziert hat. Denn es kommt ja nicht nur darauf an, zu wissen, wieviel in toto in das Abdomen hineingeschickt wird, sondern es kommt in erster Linie darauf an zu wissen, wo diese Strahlen absorbiert werden. Das kann aber je nach der Richtung des Strahlenganges sehr verschieden sein. Es ist also ohne Zweifel durch die Gewohnheit, die X-Zahlen einfach unbekümmert um die Größe der Einfallspforten zusammen zu addieren, eine Überschätzung der Vielfeldermethode eingetreten und eine Unterschätzung der von Albers-Schönberg inaugurierten Methode mit wenigen Röhrenstellungen, denn der Unterschied in der eigentlichen Dosis, also in der wirklich absorbierten Strahlenmenge zwischen der Vielfeldermethode und anderen Methoden ist längst nicht so groß wie der enorme Unterschied in der zusammenaddierten X-Zahl es auszudrücken scheint.

Die durch die Wahl zahlreicher kleiner Einfallspforten gegebene Unökonomie des Verfahrens in Verbindung mit noch anderen zu erwähnenden Nachteilen war

Digitized by Google

der Grund, weshalb wir die Lösung des schwierigen Problems nach einer anderen Richtung suchten. Wir sind noch einen Schritt weiter gegangen als die Freiburger

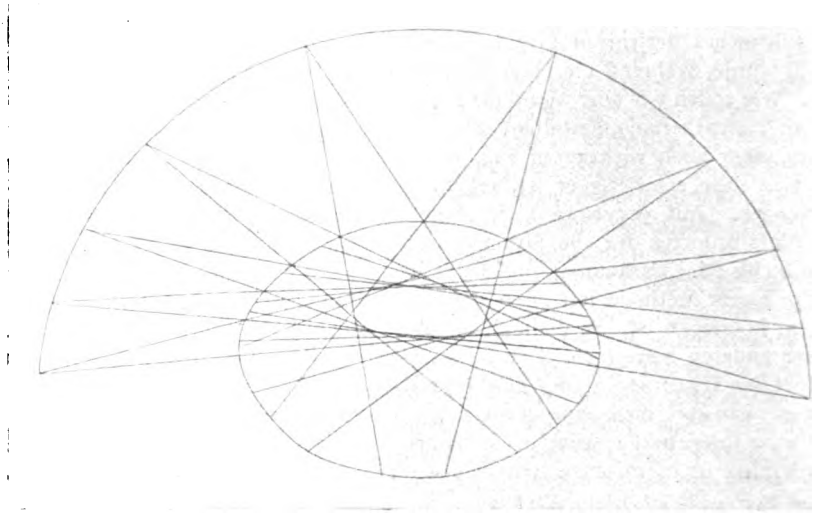


Fig. 1.

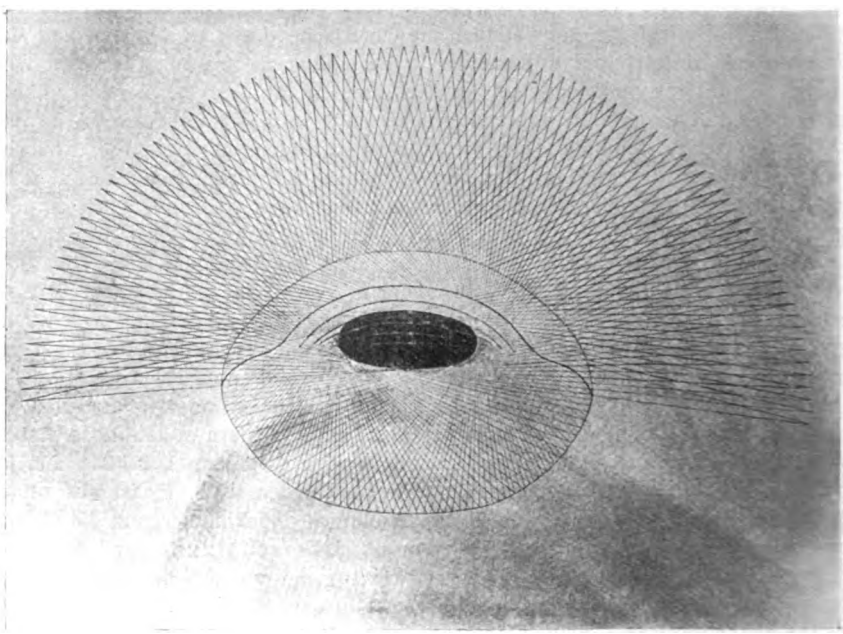


Fig. 2.

Schule, wir haben noch mehr Einfallspforten genommen, ohne dabei jedoch der Ökonomie des Verfahrens Abbruch zu tun. Das klingt paradox, aber doch ist es

Digitized by Google

möglich. Es geschah in der Art, daß die Röhre nicht über den einzelnen Feldern in ganz bestimmten Stellungen jedesmal fixiert wird, sondern daß sie langsam von der einen Seite der Patientin über das Abdomen hinweg zur anderen hinüberschwingt. So wechseln wir fortwährend ununterbrochen die Hautfelder, welche als Einfallspforten dienen, während die Strahlen der wandernden Röhre stets auf das zu beeinflussende Organ in der Tefe konzentriert bleiben. So wird die Haut nur einmal, das Organ in der Tiefe aber viele Male getroffen.

Um den Unterschied dieser Methode gegenüber der Felderbestrahlung zu erläutern, wollen wir einmal annehmen, wir hätten das Abdomen in zehn Felder geteilt, man könnte dann die Röhre zehnmal aufstellen. Die Größe dieser 10 Einfallspforten und der Strahlengang würden dann so gewählt, daß in einer Tiefe von ca. 6—8 cm als Mittelpunkt ein möglichst großer ovaler Rayon sich ergibt, der von zehn verschiedenen Seiten Strahlen bekommt. (Fig. 1.)

Die Nachteile dieser Methode sind nun aber folgende: Zunächst ist die Berechnung der Größe der Einfallspforten, welche unter sich nicht gleich sein dürfen, und die Einstellung des Strahlenganges bei jeder einzelnen Röhrenposition sehr schwierig. Man muß also ein sehr guter Mathematiker und ein sehr guter Kunstschütze sein, um das Ziel immer richtig zu treffen. Daher ist die Zeichnung eine Idealfigur, die in der Praxis niemals erreicht werden kann. Weiter ist die Abdeckung mit Schutzstoff und die Abgrenzung des Strahlenfeldes von den nicht zu bestrahlenden Partien, wie jeder Fachmann weiß, sehr schwierig, und namentlich die Grenzpartien zwischen den einzelnen Feldern geben zu Bedenken Anlaß: Entweder man ist sehr vorsichtig und läßt eine größere Grenzpartie zwischen zwei Feldern frei, dann wird Platz verschwendet und man nutzt den zur Verfügung stehenden Raum nicht aus — oder man trifft die Grenzpartie doppelt, dann gibt es eine strichförmige Verbrennung.

Es kommt als ein sehr wesentlicher Nachteil hinzu, daß bei dieser Methode die Überstrahlung in der Tiefe ungleichmäßig wird. Schon bei dieser Idealzeichnung liegen in der unmittelbaren Umgebung des zehnmal getroffenen Rayons Felder, die viermal, dann solche die sechsmal, daneben solche die einmal getroffen werden usw. Geringe Abweichungen in der Einstellung gegenüber der hier gezeichneten Idealfigur, die aber schon deshalb gar nicht zu vermeiden sind, weil man über die Lage des Zieles niemals genau orientiert ist, verschlimmern diese Ungleichmäßigkeit der Überstrahlung in der Tiefe bedeutend. Auch die von Gauss und Lembke angegebene Feldereinteilung in Form einer Sternfigur ergibt eine sehr starke Ungleichmäßigkeit der Überstrahlung, wovon jeder, der sich die Mühe nimmt, im Raume sich an einem Modell[1] die Verhältnisse darzustellen, sich ohne weiteres überzeugen kann.

Nun kann man diesen zuletzt besprochenen Nachteil dadurch abschwächen, daß man die Zahl der Felder vermehrt, d. h. daß man statt der von uns in unserem Beispiel angenommenen 10 Einfallspforten deren 30 oder sogar 50 nimmt, wie es ja die Freiburger Schule getan hat. Dann wird zwar die Überstrahlung in der Tiefe etwas gleichmäßiger (vorausgesetzt, daß man den Strahlengang bei den einzelnen Röhrenpositionen danach einrichtet), aber es ergibt sich daraus ein doppelter Nachteil: Einmal müssen wir jetzt im Verhältnis zu den 10 Feldern die drei- bis fünffache Röntgenenergie aufwenden, und außerdem werden die Schwierigkeiten der Abgrenzung der Felder auf der Haut nur noch vermehrt. Wenn man nun aber nicht, wie die Freiburger Schule es vorgeschlagen hat, die Zahl der

[1] Derartige Modelle wurden von Herrn Dr. Lübken-Kiel zu meiner Dankverpflichtung angefertigt.

Digitized by Google

Felder um ein vielfaches vermehrt, sondern die Blendenöffnung der Röhre, die ja für 10 Einstellungen berechnet ist, so läßt wie sie ist, nun aber die Röhre wandern, d. h. stets ihren Platz ändern läßt (wie es in Fig. 2 dargestellt ist), so erhält man einen mehrfachen Vorteil.

Zunächst erzielt man eine absolute Gleichmäßigkeit in der Tiefe, denn wir haben ja tausende und noch mehr Einfallsrichtungen. Wenn wir uns die Fig. 2 betrachten, in der die Verhältnisse sich gegenüber der Fig. 1 nur insofern geändert haben, als dieselbe Röhre nicht mehr zehnmal hintereinander aufgestellt wird, sondern von der einen Seite des Bestrahlungsfeldes zur anderen wandert, so sehen wir, daß der ovale Rayon in der Tiefe in beiden Fällen zehnmal getroffen wird, nach oben und unten nimmt aber die Überstrahlung bei der wandernden Röhre ganz allmählich und gleichmäßig ab, und zwar nach unten rascher als nach oben. Das unmittelbar um den zehnfach getroffenen Rayon gelegene Terrain wird neunmal getroffen und dann kommt ein Feld mit achtmaliger Überstrahlung und so nimmt es ganz allmählich nach oben hin ab.

Dieses allmähliche gleichmäßige Abklingen der Überstrahlung von der Tiefe nach der Oberfläche zu ist insofern sehr günstig, als gerade dadurch die durch Dispersion und Absorption der Strahlen bedingte Intensitätsabnahme, die ja in umgekehrter Richtung erfolgt, kompensiert wird. Was an Intensität verloren geht, das wird durch Überstrahlung wieder gewonnen. Es ist also klar, daß durch diese Methode der Dosenquotient sehr gebessert wird. War er, wie vorhin ausgeführt, bei der Bestrahlung tiefliegender Organe noch relativ ungünstig, so gelingt es jetzt mit Hilfe dieser neuen Kreuzfeuermethode, ihn unter Umständen auf 1 zu bringen, d. h. man kann dahin gelangen, daß die Hautdosis und die Tiefendosis gleich sind, daß also Strahlungsbedingungen geschaffen werden, wie sie als ideale bezeichnet werden müssen. Ja man kann noch einen Schritt weiter gehen. Handelt es sich um maligne Tumoren, kommt es also darauf an, die größtmöglichen Strahlenmengen, die noch tolerabel sind, zu applizieren, so wird man sogar mit dieser Methode dahin kommen, den Dosenquotienten umzukehren, d. h. man wird den durch die Intensitätsabnahme nach der Tiefe resultierenden Strahlenverlust durch Überstrahlung nicht nur kompensieren, sondern sogar überkompensieren können. Wir erreichen dann also dasselbe perkutan, was sonst nur nach Freilegung der Haut möglich war.

Die Gleichmäßigkeit der Überstrahlung in der Tiefe ist noch in zweifacher Beziehung beachtenswert. Wiederholt haben histologische Untersuchungen von nach der Bestrahlung exzidiertem Karzinomgewebe ergeben, daß die Wirkung insofern sehr ungleichmäßig war, als mitten in völlig regressiv veränderten Partien des Tumors noch frisches, lebenskräftiges Karzinomgewebe erhalten geblieben war (Aschoff, Werner u. a.). Man war geneigt anzunehmen, daß es sich hier um eine verschiedene Radiosensibilität der einzelnen Tumorpartien handelte, also eine gewisse Inhomogenität der Strahlenempfindlichkeit der das Gewebe zusammensetzenden Karzinomzellen. Obwohl diese Erklärung durchaus berechtigt ist, so muß doch auf der anderen Seite die Frage aufgeworfen werden, ob nicht die verschieden starke Überstrahlung in den einzelnen Partien des Tumors, diese Ungleichmäßigkeit des Kreuzfeuers bei der bisher üblichen Methode, als Ursache für diese durchaus nicht gleichgültige Beobachtung mit herangezogen werden muß. Gerade wenn man sich die bei dem Kreuzfeuer bisher obwaltenden Verhältnisse durch ein Modell im Raume konstruiert, so ist man erstaunt, wie ungleichmäßig die Überstrahlung trotz der Vielfeldermethode noch ist, und man muß sich doch fragen, ob bei den angeführten Beobachtungen neben der Inhomogenität der Strahlenempfindlichkeit auch noch eine Inhomogenität der Strahlenabsorption

Digitized by Google

mit eine Rolle gespielt haben kann. Daß durch eine Verbesserung der Strahlungstechnik im Sinne einer größeren Gleichmäßigkeit der Durchstrahlung eines Tumors die Gefahr eines Rezidivs vermindert wird, dürfte wohl nicht zu bezweifeln sein.

Dazu kommt aber noch ein weiteres: Mit vollem Recht hat man von der modernen gynäkologischen Intensivtherapie gefordert, daß sie eine Schädigung der gesunden Organe speziell des Digestionstraktus vermeidet. Dieser Forderung können wir aber nur dann mit Sicherheit gerecht werden, wenn die Gewähr besteht, daß die Strahlendosis, welche das zu beeinflussende Gewebe absorbiert, entweder die von dem umgebenen normalen Gewebe absorbierte Dosis überragt oder ihr zum mindestens gleich ist. Nun kann es aber bei der Felderbestrahlung vorkommen, daß infolge der Ungleichmäßigkeit der Überstrahlung gerade die Umgebung des betreffenden Organes sehr viel intensiver überstrahlt wird als das letztere selbst, und man könnte sich sehr wohl denken, daß die schweren Darmschädigungen, wie sie z. B. von Wetterer beobachtet wurden, dadurch zustande gekommen sind, daß eine Darmschlinge in diesem ungleichmäßigen Gewirr der Überstrahlung zufällig in einer sehr intensiv überstrahlten Zone sich befunden habe. Mit der Schwingeröhre wird nun aber der Tumor bzw. das Ovarium und seine unmittelbare Umgebung ganz gleichmäßig bestrahlt und die Gefahr, daß durch zu starke Einwirkung auf die umgebenden Därme eine Schädigung herbeigeführt wird, vermieden. Daß auch in dieser Beziehung die Verbesserung der Strahlungsbedingungen im Sinne einer größeren Gleichmäßigkeit einen Fortschritt bedeutet, erscheint mir nicht zweifelhaft.

Außer der Gleichmäßigkeit der Überstrahlung ist ein weiterer Vorteil der von uns empfohlenen Kreuzfeuermethode, daß die Einstellung der Röhre ungemein vereinfacht wird. Die lästigen Felderabgrenzungen fallen vollständig weg, und statt der 30 oder 50 Einstellungen über den einzelnen Feldern gibt es deren nur noch 2: eine Einstellung auf die Haut, d. h. eine einmalige Abmessung der Fokus-Hautdistanz (wobei man bei ungleichmäßigen Bäuchen auf den der Röhre nächsten Punkt einstellt) und zweitens eine Einstellung auf den Punkt in der Tiefe, auf welchen die Röhre auf ihrem Wege hinsteuern soll. Diesen letzteren Punkt nennen wir den Steuerungspunkt und verstehen darunter den Mittelpunkt des Rayons, in dem die maximale Wirkung gewünscht wird. Es ist nämlich die Möglichkeit gegeben, die Röhre auf jeden Punkt in der Tiefe hinzusteuern, den Punkt der stärksten Überstrahlung also ganz nach Belieben zu variieren. Das ist natürlich sehr wesentlich, denn handelt es sich z. B. um einen tiefsitzenden Tumor bei einer Frau mit dicken Bauchdecken, dann wird der Steuerungspunkt, d. h. also der Mittelpunkt des maximal überstrahlten Feldes, tiefer einzustellen sein wie bei einer mageren Person mit dünnen Bauchdecken, bei der z. B. eine Wirkung auf die Ovarien beabsichtigt ist. Mathematische Genauigkeit ist übrigens bei der Einstellung des Steuerungspunktes nicht nötig. Auch dann, wenn wir nicht genau über die Lage des Zieles orientiert sind, genügt eine Schätzung der Tiefenlage, weil ja, wie wiederholt betont, die maximal überstrahlte Partie sehr groß ist und ganz allmählich und gleichmäßig in die weniger stark überstrahlten Nachbarzonen übergeht. Wenn wir bei der bisher üblichen Felderbestrahlung uns in der Beurteilung der Lage des zu bestrahlenden Organes, z. B. des Ovarium, irren (und das wird sicher sehr häufig eintreten), so kann die Folge sein, daß das Ovarium gar nicht die beabsichtigte Dosis erhält, sondern viel weniger; geringe Irrtümer kommen hier, namentlich wenn man nicht sehr viele Felder nimmt, unter Umständen sehr zur Geltung. Bei der empfohlenen Methode liegt die Sache

Digitized by Google

insofern viel günstiger, als auch dann, wenn wir das zu bestrahlende Organ nicht lokalisieren können, doch eine genügende Überstrahlung und damit eine genügende Wirkung gewährleistet wird.

Der dritte Vorteil ist, wie schon oben angedeutet, der, daß man mit dieser wandernden Röhre zum mindesten denselben Effekt erreicht wie bei zahlreichen Feldern, aber mit einem viel geringeren Aufwand an Röntgenenergie. Wir arbeiten also weit ökonomischer, und kein Röntgenstrahl geht verloren! Bei der bisher üblichen Feldermethode rechnete man doch damit, daß bei den vielen Feldern ein großer Teil der abgegebenen Schüsse Fehlschüsse waren, daß man also durchaus nicht immer das Organ traf, und man tröstete sich damit, daß in diesen Fällen wenigstens von der Umgebung des zu bestrahlenden Terrains aus eine Fernwirkung auf das zu beeinflussende Gewebe stattfinden würde. Nun ist aber das bisher beigebrachte experimentelle und klinische Material nicht ausreichend, um eine solche Fernwirkung zu beweisen, — es sprechen sogar manche Beobachtungen dagegen — und infolgedessen kann es nicht unsere Aufgabe sein, in das Abdomen eine möglichst große Menge Strahlen zu senden, unbekümmert darum, ob sie auch wirklich dort absorbiert werden, wo die Wirkung erzielt werden soll, sondern es ist rationeller, eine Technik zu haben, mit der man sicher ist, nun aber auch in allen Fällen das Ziel zu treffen, wo es also Fehlschüsse nicht geben kann.

So einfach nun die Handhabung des Apparates ist, so schwierig war die Konstruktion desselben, die von dem Röntgentechniker Pohl (Kiel) stammt und mit der sich dieser nach meiner Überzeugung ein großes Verdienst erworben hat. Nur auf einige Schwierigkeiten in der Konstruktion will ich hier hinweisen: Da ja das in der Tiefe des Körpers gelegene Hauptüberstrahlungsfeld (Fig. 2) wegen der Beckenform ein Oval sein muß, so ist es notwendig, daß die Blendenöffnung der Röhre stetig automatisch ihre Größe ändert, und zwar erfolgt die Änderung in dem Sinne, daß auf dem Wege von der Mittellinie nach der Seite zu allmählich eine Verkleinerung der Blendenöffnung eintritt. In dieser Beziehung kann die schwingende Röhre sich nicht anders verhalten, als wenn die Bestrahlung z. B. in 10 Röhrenpositionen nacheinander ausgeführt wurde. Auch hier müßten ja, wie aus Fig 1 hervorgeht, die Einfallspforten alle verschieden groß sein, damit der für gynäkologische Zwecke nötige ovale Rayon in der Tiefe herauskommt, der aus 10 Röhrenpositionen Strahlen bekommt. In der Mitte müssen die Felder bedeutend größer sein als an den Seiten. Die Schwierigkeit liegt nun aber bei der Konstruktion der schwingenden Röhre nicht nur darin, daß die Blende sich automatisch bei dem Herüberschwingen von der Mitte nach der Seite verkleinern muß, sondern daß aus dieser Änderung der Blendengröße natürlich auch eine Ungleichmäßigkeit der Oberflächenwirkung resultieren würde, die wieder ausgeglichen werden muß. Dieser Ausgleich findet nun in der Art statt, daß automatisch auch die Schwingungszeit sich ändert, daß also beim Herüberschwingen der Röhre von der Mittellinie nach der Seite zu die Schwingungsgeschwindigkeit sich ganz allmählich verlangsamt und damit die Bestrahlungszeit sich vergrößert. Wenn also die Blende sich automatisch allmählich verkleinert, nimmt in derselben Weise allmählich die Bestrahlungsdauer zu. So wird die Oberflächengleichmäßigkeit wieder hergestellt.

Die Dosierung der Oberflächendosis ist bei dieser Vorrichtung nicht schwer. Die Oberfläche des Bestrahlungsfeldes bekommt ja ganz gleichmäßig Strahlen, alle Punkte der Haut bekommen gleich viel Licht. Dosieren wir mit Kienböckstreifen, so ist ja die Dosierung ohne weiteres gegeben: Die an diesem Dosimeter abgelesene Dosis ist diejenige, welche jeder Punkt der Hautoberfläche erhalten

Digitized by Google

hat. Wollen wir mit dem Sabouraud'schen Dosimeter dosieren, so lassen wir das Dosimeter in halber Fokus-Hautdistanz angebracht, einfach mitschwingen. Ist die Blendenöffnung z. B. auf $^1/_{10}$ des Bauchumfanges eingestellt, so wird die an der schwingenden Röhre abgelesene Sabouraud dosis einfach durch 10 zu dividieren sein, um die Hautdosis für jeden Punkt der Bauchhaut zu erfahren. Haben wir 1 Sabouraud dosis an der schwingenden Röhre abgelesen, so ist die applizierte Hautdosis 1 X, haben wir im ganzen 20 Sabouraud dosen abgelesen, so haben wir auf jede Hautstelle 20 X appliziert.

Diese letztere Hautdosis ist ja, wie schon wiederholt von uns betont, die von uns seit Jahren eingehaltene Maximaldosis für hochgefilterte Strahlen, die wir in monatlichen Abständen applizieren dürfen, ohne die Haut zu gefährden. Wir haben aber schon ebenfalls wiederholt darauf hingewiesen, daß wir diese Maximaldosis genau wie bei chemischen Arzneimitteln nur dann applizieren sollen, wenn sie indiziert ist. Noch viel mehr findet das Beachtung bei Anwendung der Schwingeröhre. Auf diesen Punkt muß bei der Anwendung der Vorrichtung noch besonders hingewiesen werden. Das Wesen unserer Methode beruht ja eben darin, den Dosenquotienten, d. h. das Verhältnis zwischen Oberflächen- und Tiefendosis möglichst günstig zu gestalten, so daß einer möglichst kleinen Oberflächendosis eine möglichst große Tiefendosis entspricht. Es ist also einleuchtend, daß bei Anwendung dieser Methode einer bestimmten Oberflächendosis eine viel intensivere Tiefenwirkung entsprechen muß, als wie bei anderen Methoden. Das ist bei der Dosierung wohl zu berücksichtigen. Wie Albers-Schönberg mit vollem Recht immer wieder hervorhebt, sollen in jedem Falle nur so viel Strahleneinheiten appliziert werden, wie zur Erreichung des Zweckes nötig ist. Es ist durchaus kontraindiziert, driese untere Grenze zu überschreiten, damit nicht neben dem zu beeinflussenden kanken Gewebe auch das mitgetroffene gesunde geschädigt wird. Die von uns empfohlene Kreuzfeuermethode gestattet uns, ohne Hautschädigung so große Dosen in das Innere des Körpers hinein zu senden, wie das bisher nicht möglich war. Aber nur wenn der Fall es erfordert — wie z. B. beim Uteruskrebs, den wir ja doch wohl sicher am rationellsten von innen mit radioaktiven Körpern, von außen aber gleichzeitig mit Röntgenstrahlen angreifen —, werden wir damit bis zur größtmöglichen Dosis, d. h. bis zur Maximaldosis gehen, in anderen Fällen, z. B. präklimakterischen Blutungen, werden wir unter derselben bleiben. Darin beruht ja gerade die Kunst des Strahlentherapeuten, in jedem Falle die richtige Dosis auszuwählen, welche den Schwellenwert der Röntgenempfindlichkeit des kranken, zu beeinflussenden Gewebes überschreiten, aber stets unterhalb des Schwellenwertes der Röntgenempfindlichkeit des mitgetroffenen gesunden Gewebes bleiben muß. Es ist also eine scharfe Waffe, die wir jetzt zur Verfügung haben, Sache des Arztes ist es, diese richtig anzuwenden.

Der Vorteil der beschriebenen Vorrichtung ist also ein doppelter: Einmal sind wir jetzt in der Lage, jede Tiefendosis — sei sie die größte oder die kleinste — unter den denkbar günstigsten Strahlungsbedingungen, d. h. mit dem denkbar günstigsten Dosenquotienten, mit weitgehender Ökonomie und mit absoluter Gleichmäßigkeit der Überstrahlung in der Tiefe zu applizieren, und andererseits haben wir jetzt die Möglichkeit, die Tiefendosen so weit zu erhöhen, daß wir jetzt auf Grund dieser Technik die intensivste Wirkung erzielen können, die man überhaupt in der Röntgentherapie zu erreichen in der Lage ist, eine Tatsache, die namentlich in der Karzinombehandlung von der allergrößten Bedeutung ist.

Digitized by Google

Die Freiburger Schule hat sich das nicht genug zu rühmende Verdienst erworben, die gynäkologische Strahlentherapie auf eine völlig neue Basis gestellt zu haben. Ihr verdanken gerade wir Röntgenologen unendlich viel. Das Problem der Kreuzfeuerwirkung hat sie aber nicht gelöst. Ich halte mich auf Grund sehr eingehender Studien für berechtigt, die Behauptung aufzustellen, daß die restlose Lösung dieses Problems nur auf dem in dieser Arbeit beschriebenen Wege möglich ist, ein Weg, der nicht nur für die gynäkologische Röntgentherapie Perspektiven eröffnet, sondern auch für jede Tiefentherapie nutzbar gemacht werden kann[2].

II.

Über meine beckenerweiternde Operation durch Promontoriumresektion[1].

Von

Primarius Dr. Heinrich Rotter, Budapest.

Im Zentralblatt für Gynäkologie (Jahrg. 1912, Nr. 13) gab ich zur Heilung flacher Becken ein neues Verfahren an. Das Wesen der Operation besteht darin, daß ich das vorspringende und den geraden Durchmesser des Beckeneinganges verkürzende Promontorium vermittels einer Laparotomie freilege und mit dem Meißel abtrage. Durch diese Operation können die meisten flachen Becken normal oder nahezu normal gestaltet werden.

Es ist bekannt und bedarf keiner besonderen Beweise, daß die Therapie bei Geburten enger Becken bisher rein symptomatisch war; eine dauernde Heilung wurde zwar durch einige osteoplastische Operationen versucht, aber nicht erreicht, die Hebosteotomie entsprach ebenfalls nicht den an sie geknüpften Erwartungen. Die Heilung enger Becken war daher ein ungelöstes Problem.

In der oben erwähnten ersten Mitteilung versuchte ich auf Grund von Leichen- und Tierexperimenten die theoretische Basis des Verfahrens zu fixieren. Ich beschrieb ausführlich die Technik der Operation, welche einfach, leicht ausführbar ist und keine Komplikationen verursacht. Der gewünschte Erfolg wird durch die Operation erreicht, denn die verkürzte Conjugata vera wird um $1^1/_2$—2 cm verlängert. Auch erschien es mir auf Grund anatomischer Untersuchungen wahrscheinlich, daß die Statik der Wirbelsäule und Mobilität der Kranken durch die Operation keinen Nachteil erleidet. Endlich beweisen die Erfahrungen der Knochenchirurgie, daß an der Stelle des abgemeißelten Promontoriums keine Kallusbildung entsteht, welche das Operationsergebnis illusorisch machen könnte. Sämtliche dieser Behauptungen unterstützte ich durch objektive Untersuchungen, die ich jetzt nicht aufzähle, da dieselben einerseits in meiner ersten Mitteilung ausführlich beschrieben wurden, und da ich andererseits bereits über mehrere, nach Operationen beobachtete Fälle berichten kann.

Bisher wurde mein Verfahren an Lebenden in 9 Fällen ausgeführt. Einen Fall operierte ich in der ersten Universitäts-Frauenklinik in Budapest durch das freundschaftliche Entgegenkommen des Herrn Hofrat Prof. Bársony; ich publizierte diesen Fall im Zentralblatt für Gynäkologie Jahrg. 1913, Nr. 2. Die 8 anderen Fälle wurden in der Kleinhans'schen Klinik in Prag operiert.

---

[2] Der Konstrukteur der in dieser Arbeit beschriebenen schwingenden Röhre ist Ernst Pohl, Kiel, Hospitalstr. 27.

[1] Nach einem auf der 85. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte gehaltenen Vortrage. September 1913.

Digitized by Google

Die bisherigen Erfahrungen sind folgende:

Mein Fall betrifft eine 32jährige Frau, die achtmal geboren hatte; sämtliche Kinder starben teils während, teils kurz nach der Geburt. Wir konstatierten ein allgemein verengtes, flaches Becken mit einer Vera von 7,8 cm. Die Promontoriumresektion vollführte ich am 7. November 1912:

Trendelenburg'sche Lage, Laparotomie in der Linea alba von der Symphyse bis zum Nabel reichend. Die Därme wurden gegen das Diaphragma gedrängt, das Sigma nach links verzogen. Über dem leicht zugänglichen Promontorium durchtrennten wir das Peritoneum parietale in einer Ausdehnung von 6—7 cm, zugleich damit das subperitoneale Fettgewebe, um dann die Weichteile mit Hilfe einer Gazekompresse vom Promontorium abzustreifen. Die Arteria sacralis media banden wir 2 cm oberhalb des Promontorium mit einer Dechamp'schen Nadel durch eine Ligatur en masse ab. Mit einem 4 cm breiten, schwach konkaven, sehr scharfen Meißel entfernten wir sodann das Promontorium, was vermittels einiger Hammerschläge sehr leicht zu bewerkstelligen war. Die Knochenränder wurden durch einen kleinen Meißel von den noch vorhandenen Knochensplittern befreit und geglättet. Hierauf folgten zwei Catgutnähte, mit denen das subperitoneale Fettgewebe über der Knochenwunde vereint wurde und eine fortlaufende Naht, die die Ränder des hinteren Peritoneum parietale verband; sodann wurde die Bauchwunde verschlossen.

Die Operation verlief vollkommen glatt, verursachte gar keine technische Schwierigkeiten, und ich muß besonders betonen, daß die Blutung aus der Promontoriumwunde minimal war und spontan aufhörte. Pat. verließ am 17. Tage nach der Operation geheilt die Klinik, ohne irgendwelchen Nachteil von der Operation zu bemerken. 5 Monate nach der Operation hatte ich Gelegenheit, die Frau zu untersuchen und konnte konstatieren, daß keine Spur einer Kallusbildung bestand, an Stelle des Promontoriums war eine vollkommen glatte Fläche und die Conjugata diagonalis betrug 10,7 cm gegen 9,3 cm vor der Operation.

Die acht anderen Fälle, die in der Klinik Kleinhans in Prag ausgeführt wurden, veranlaßten Schmid, der sie publizierte, zu folgender Äußerung: »Durch die Resektion des Promontoriums läßt sich bei engem Becken eine Erweiterung des verkürzten geraden Durchmessers des Beckeneinganges ohne Schwierigkeiten um $1^1/_2$—2 cm erzielen. Die Operation ist technisch nicht schwierig, die Blutung aus dem Knochen minimal. Die Operation wurde unter 8 Fällen 7mal im Anschluß an die Sectio caesarea aus relativer Indikation vorgenommen. Von diesen 7 Frauen starb eine an Peritonitis, welche wohl der Laparotomie, nicht aber der hinzugefügten Promontoriumresektion als solcher zur Last fällt. Bei der 8. Frau wurde, nachdem eine Totgeburt und eine Sectio caesarea vorausgegangen war, im 4. Monate ihrer dritten Schwangerschaft die Promontoriumresektion ausgeführt. Am Ende der Gravidität erfolgte die Geburt eines ausgetragenen Kindes zwar nicht spontan, aber doch per vias naturales. Wegen Querlage und Nabelschnurvorfall mußte das Kind gewendet und extrahiert werden. Die Entwicklung des nachfolgenden Kopfes war auffallend leicht. Durch diesen Fall ist zum erstenmal der Nachweis erbracht worden, daß die Promontoriumresektion imstande ist, eine dauernde Erweiterung des knöchernen Geburtskanals zu schaffen. Diese Operation stellt also die einzig rationelle, kausale Therapie des engen Beckens dar.«

Außerdem befaßt sich eine Mitteilung von Gerstenberg (Zentralblatt für Gynäkologie 1913, Nr. 12) mit der von mir empfohlenen Promontoriumresektion.

Digitized by Google

Der Autor ist der Meinung, daß dieselbe nur bei einem geringeren Grade von verengtem Becken bei einer Conj. vera bis zu 8,5 cm indiziert sei, da es seiner Meinung nach bedenklich sei, ein mehr als 1 cm dickes Stück vom Promontorium abzumeißeln. Er verspricht sich einen Erfolg von der Operation in Verbindung mit der künstlichen Frühgeburt. Ich hingegen halte die letztere nach einer Promontoriumresektion für vollkommen überflüssig. Gerstenberg führte Messungen an trockenen Becken aus und studierte das Verfahren an Leichen. Er führt Argumente pro und contra an, die ich im folgenden rekapituliere: Seiner Meinung nach ist das Verfahren, falls nach der Operation keine Kallusbildung eintritt, zur Heilung mancher Formen von engem Becken geeignet. Der Autor weist darauf hin, daß durch meine Operation nicht nur die Conjug. vera, sondern auch der quere Durchmesser des Beckeneinganges verlängert wird, in der Weise, daß bei einem starken Vorsprung des Promontoriums der Kopf in den anatomischen Querdurchmesser nicht eintreten kann, sondern in einem kleineren, vor dem anatomischen Querdurchmesser befindlichen Raume Platz greifen muß. Nach Abmeißelung des Promontoriums kann der Kopf den längeren anatomischen Durchmesser in Anspruch nehmen. Seine Einwände bewegen sich in zwei Richtungen. Erstens fand er bei seinen Messungen die Maße des letzten Lenden- und ersten Kreuzbeinwirbels nicht so voluminös, wie ich es in meiner ersten Mitteilung beschrieb, zweitens fand er die Blutung der Knochenwunde an der Leiche in einem Falle sehr abundant. Außerdem macht er darauf aufmerksam, daß auch nach der Promontoriumresektion eine Verengerung zurückbleiben kann, indem das Ergebnis, wenn wir die Conjug. vera zum abgemeißelten Sakralwirbel messen, das er die »kürzeste Vera« nennt, sehr gering ist.

Gerstenberg bin ich für seine Untersuchungen sehr dankbar, doch gestatte ich mir folgendes zu bemerken.

Blutungen der Knochenwunde haben wir nicht zu fürchten. In den bisherigen 9 Fällen hatte man damit gar keine Schwierigkeiten, und Gerstenberg fand es auch nur bei einer Leiche, was wahrscheinlich durch eine Hypostase des Blutes und den Mangel an Gerinnung verursacht wurde. Dann möchte ich bemerken, daß die Knochenwunde bei der Promontoriumresektion minimal ist, die größte Wundfläche wird von dem Lig. intervertebrale gebildet und diese blutet ganz gewiß nicht. Bezüglich der Wirbelmasse bemerke ich, daß Gerstenberg deswegen kleinere Maße erhielt, weil er seine Untersuchungen an trockenen Becken ausführte. Bei Frauen mit grazilem Knochenbau können wir uns übrigens mit einer Resektion von 1—1½ cm begnügen, obzwar ich glaube, daß die klinischen Erfahrungen uns lehren werden, auch mehr als 2 cm abmeißeln zu dürfen.

Am wichtigsten erscheint mir der Einwand, den Gerstenberg bezüglich der »kürzesten Conjug. vera« macht.

Diesbezüglich möchte ich bemerken, daß bei flachen Becken das Sacrum zumeist um eine Querachse, deren Lage wir uns in der Höhe des Promontoriums denken, nach rückwärts gedreht ist; der Kliniker erkennt dies an dem spitzen Winkel, welcher durch die Längsachse des Sacrum und Längsachse des Steißbeines gebildet wird. Die Tatsache, daß die Höhle des flachen Beckens eben aus diesem Grunde weiter ist, als die des normalen Beckens, ist bekannt. Sollte aber die Promontoriumresektion bei Beckenformen in Anwendung gebracht werden, bei denen der Entwicklungsmechanismus der rachitisch flachen Becken nicht eingetreten und die Torsion des Sacrum nach rückwärts nicht vorhanden ist, so können wir ohne weiteres die Verengerung in entsprechender Weise und Ausdehnung mit dem Meißel am Sacrum beseitigen.

Digitized by Google

Ich glaube, jetzt nach den gesammelten Erfahrungen behaupten zu dürfen, daß meine Operation zur dauernden Heilung des größten Teiles flacher Becken geeignet ist, und daß die aufgetauchten theoretischen Einwände bezüglich der Statik der Wirbelsäule und nachträglicher Kallusbildung nicht mehr stichhaltig sind. Der Eingriff ist viel kleiner, als eine Sectio caesarea, Hebosteotomie, Symphyseotomie, hoher Forceps, bildet eine geringere Gefahr für die Frau und ist dabei im Erfolge denselben weit überlegen, da er doch eine kausale Therapie darstellt.

Was Technik, Bedingungen und Indikationen anbelangt, so habe ich nichts zu ändern, da ich dieselben in meiner ersten Mitteilung ausführlich präzisierte.

Zum Schluß fühle ich mich bemüßigt, noch eine Äußerung Schmid's zu berichtigen. Schmid macht zwar bezüglich der Promontoriumresektion keine Prioritätsansprüche, jedoch behauptet er, auf diese Operation unabhängig von mir, selbständig gekommen zu sein.

Nun will ich darauf hinweisen, daß meine erste Publikation im Zentralblatt für Gynäkologie 1912, Nr. 13 (März) erschien, Schmid operierte seinen ersten Fall im Oktober, also 7 Monate nach Veröffentlichung meines Artikels. Jetzt fragt es sich also, ob nach einem 7monatigen Zeitabschnitt eine wissenschaftliche Superfökundation akzeptierbar ist? An der Virginität des Schmid'schen Gedankens zweifeln zu dürfen, folgt aus dem klaren Sachverhalt. Meine absolute Priorität stellen die zitierten Daten fest.

Neue Bücher.

1) **Hübotter** (Berlin). **Shu-shi-pien. Ein chinesiches Lehrbuch der Geburtshilfe.** Aus dem chinesischen Urtext übersetzt und erläutert von H. Berlin u. Wien, Urban & Schwarzenberg, 1913.

Dem Übersetzer und Herausgeber des vorliegenden Lehrbuchs gebührt für seine mühevolle Arbeit der besondere Dank aller Freunde historischer Medizin. Wird doch hier Einblick geschaffen in ein interessantes Dokument orientalischer Heilkunde, ein Lehrbuch der Geburtshilfe aus dem Jahre 1785, dessen Regeln und Grundsätze auch heute noch vielfach unter chinesischen Ärzten und Hebammen Anwendung finden sollen.

Der Geheimrat Franz gewidmeten Übersetzung wird eine Einleitung vorausgeschickt, in der kurz über charakteristische Verhältnisse chinesischer Medizin und Geburtshilfe und über chinesische literarische Quellen berichtet wird.

Die Lehren des Buches selbst bilden ein buntes Gemisch vernünftiger Vorschriften, wie sie vielfach sogar heute noch in der modernen Geburtshilfe Anwendung finden könnten, und völlig zweckloser, unsinniger Forderungen, als Produkt unwissenschaftlicher Volksmedizin.

Da in China in früheren Zeiten und vielfach heute noch die praktische Ausübung der Geburtshilfe fast ausschließlich in den Händen der Hebammen liegt, und der chinesische Arzt nicht zur genaueren Untersuchung und Beobachtung des Geburtsfalles zugelassen wird, spiegeln sich hier ähnliche Verhältnisse wieder, wie sie aus der Geschichte unserer Geburtshilfe bekannt sind: das geburtshilfliche Wissen ist ein rein spekulativ-theoretisches, praktische Erfahrungen über die Schwangerschaft und den Geburtsverlauf fehlen fast gänzlich. Es werden daher auch jegliche anatomische Grundlagen in den Anschauungen dieses chinesischen Geburtshelfers vermißt.

Über die Ursachen, die den Geburtsvorgang bedingen und auslösen, macht sich der Autor weiter keine Gedanken. Vielmehr sieht er darin einen so selbst-

Digitized by Google

verständlichen, natürlichen Vorgang, daß er als Vergleich und als Erklärung auf eine Gurke hinweist, die sich nach erfolgter Reifung vom Stengel löst und so die Beziehungen zum Mutterboden abbricht. Der Geburtsvorgang selbst ist fast ausschließlich auf eine aktive Tätigkeit des Kindes zurückzuführen. Dasselbe wendet sich spontan in eine Kopflage — in dieser Lage bleibt das Kind nur wenige Tage lebensfähig — und verläßt die Gebärmutter durch Eigenbewegung. Anklänge an die alte aristotelische Lehre! Bei der Mutter weichen während der Geburt die Knochen und Gelenke auseinander, um den Durchtritt des Kindes zu gestatten. Es ist das dieselbe Anschauung, die weit über das Mittelalter hinaus unsere Geburtshilfe beherrschte. Entsprechend dieser Auffassung kennt der Autor eigentlich keine Geburtsstörungen, die durch die Mutter bedingt sind. Kommen die Wehen, die durch schmerzhaft empfundene Bewegungen der Frucht erklärt werden, zum Stillstande, so ist das ein Zeichen, daß die Kraft des Kindes erschöpft ist. Geburtsstörungen sind meist auf Erkrankung des Fötus zurückzuführen.

Die Therapie ist vorwiegend eine medikamentöse und erschöpft sich sonst in einer weitgehenden Prophylaxe, indem alles Schädliche, was den natürlichen Geburtsablauf stören könnte, fern gehalten wird. Die Schwangere soll sich nicht zu früh zur Geburt vorbereiten und nur nicht drängen, denn das alles kann nur schaden, indem die Selbstwendung des Kindes nicht vonstatten gehen kann und daher Beckenend- und Querlagen geschaffen werden. Hinsichtlich der Leitung derselben huldigt der Verf. einem weitgehenden natürlichen Konservativismus. Helfen seine Medikamente nicht — die oft eine überaus ungewöhnliche Zusammensetzung und Zubereitung aufweisen — so gesteht er ehrlich, »weiter weiß ich keine Hilfe dabei«.

Das Urteil über die Hebammen lautet sehr hart: weil es welche gibt, kann man es nicht vermeiden, sie zu brauchen, trotzdem sie »furchtbar dumm« sind und die Regeln nicht kennen.

Interessant sind die zahlreichen Vorschriften hygienischen Inhalts für die Zeit der Schwangerschaft und des Wochenbetts. Hier findet sich manches, was heute noch Geltung hat. Bei Placentarretention soll möglichst konservativ verfahren werden, manuelle Eingriffe der Hebammen bedeuten eine große Gefahr für die Frau. Auf Puerperalfieber wird nur im Anschluß an den Abort eingehender hingewiesen. Letzterer gilt als bedeutend gefährlicher im Vergleich zur Geburt, da diese einen natürlichen Vorgang darstellt, was vom Abort nicht gilt.

Die weiteren Einzelheiten müssen in dem interessanten Original eingesehen werden. Hier sei nur noch erwähnt, daß der chinesische Geburtshelfer scheinbar keinerlei geburtshilfliche Instrumente und entsprechende Eingriffe kennt. Sein Lehrbuch enthält keine entsprechenden Mitteilungen und Vorschriften.

Die vorliegende Übersetzung von H. ist nicht in Druckschrift, sondern in handschriftlicher Reproduktion wiedergegeben, da zahlreiche chinesische Schriftzeichen Aufnahme in den Text fanden. B. Ottow (Dorpat).

Berichte aus gynäkologischen Gesellschaften.

2) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung vom 23. Mai 1913.

Vorsitzender: Herr Bumm; Schriftführer: Herr P. Strassmann.

I. Demonstrationen:

Herr Poth demonstriert eine Stieldrehung des Uterus bei Stieldrehung eines subserösen Myoms. 56jährige Pat. erkrankte unter peritoniti-

Digitized by Google

schen Erscheinungen und wurde unter der Annahme eines stielgedrehten Ovarialtumors laparotomiert. Nach Abtragung eines gedrehten, mannskopfgroßen Myoms wurde der um 360° gedrehte Uterus supravaginal amputiert. Heilung.

Diskussion: Herr Jolly erinnert an einen Fall, über den er in dem v. Volkmann'schen Heft 547/548 (Ureterenkompression beim Weibe) berichtet hat. Es handelte sich um eine 32jährige Nullipara, die im Koma eingeliefert wurde und einen großen Tumor aufwies, der vom kleinen Becken bis zum Nabel hinauf reichte. Sie starb am Tage nach ihrer Einlieferung. Sie hatte in der Klinik im Verlaufe von etwa 20 Stunden fünf Anfälle, die eklamptischen Anfällen auf ein Haar glichen. Es handelte sich um eine Urämie, hervorgerufen durch Verlegung der Ureteren. Bei der Sektion stellte sich heraus, daß ein mannskopfgroßes Fundusmyom sich im kleinen Becken eingekeilt hatte. Der myomatöse Uterus war in der Gegend des inneren Muttermundes winklig nach hinten und unten abgeknickt und außerdem noch seitlich um 1 R gedreht. Hierdurch wurde das kleine Becken derartig ausgefüllt, daß die Ureteren völlig verlegt waren. Ihr Lumen war oberhalb der Kompressionsstellen auf über 3 cm erweitert. Die Nieren waren infolgedessen ebenfalls sehr erweitert. Sie waren mit Eiter gefüllt, besaßen nur noch eine schmale Zone Parenchym und waren nicht mehr funktionsfähig. Es zeigt dieser Fall, daß die Stieltorsion eines myomatösen Uterus durch Ureterenkompression lebensgefährlich werden kann.

Herr Grunert demonstriert ein mannskopfgroßes subseröses Myom, welches den Uterus um etwas über 90° gedreht hatte. Beginn der Erkrankung unter Fieber, Erbrechen, Ohnmacht, starkem Leibschmerz. Bei der Operation Ascites geringen Grades; enorm erweiterte und prall gespannte Venen auf der Oberfläche des Myoms; im Innern des Myoms frische Blutungen.

Herr Haendly hält den angekündigten Vortrag: Fall von Eklampsie in der ersten Hälfte der Schwangerschaft (14. Woche).

Frau R., 24 Jahre, erkrankt nach sonst normaler Schwangerschaft in der 14. Woche plötzlich mit Krämpfen. In der Klinik wird, da die Frau stark blutet, der Abort vollends ausgeräumt. Danach noch neun Anfälle. Besprechung der differentialdiagnostischen Momente. Therapie: Aderlässe, Chloral. Der Ausgang war ein für die Pat. guter.

Herr Eckelt hält den angekündigten Vortrag: Über die Nierenfunktion in der Schwangerschaft.

E. hat Stoffwechseluntersuchungen mit einer Bilanzaufstellung aus Ein- und Ausfuhr bei Frauen mit Schwangerschaftsniere vorgenommen und nach dem Vorgange von Volhard, Schlayer und Monskow Belastungsproben ausgeführt. Die Diurese gegen Ende der Schwangerschaft ist nicht gesteigert. Die Verdünnungs- und Konzentrationsfähigkeit erwies sich als normal. Die Schlackenausfuhr ist unabhängig von der Diurese. NaCl und N wurden auch bei gesteigerter Zufuhr in physiologischen Grenzen ausgeschieden. Daher empfiehlt E. statt der früher üblichen Milchdiät mit ihrer reichlichen Flüssigkeitszufuhr eine wasser- und kochsalzarme Kost für die Behandlung der Schwangerschaftsniere.

Diskussion: Herr Gottschalk hat auch einmal 1 Jahr geglaubt, einen Fall von Früheklampsie im 3. Schwangerschaftsmonat behandelt zu haben; dann zeigte die weitere Beobachtung des Falles, daß es sich um Epilepsie handelte, die in der damaligen Zwillingsschwangerschaft also zuerst zum Ausbruch gekommen war. Der Fall ist kurz folgender: Bis dahin gesunde Frau, 2 normale Geburten. Letzte Regel Ende August 1889, nachts am 9. November 1889 ein konvulsiver Anfall, der mit Bewußtlosigkeit einherging, Zunge nachher zerbissen, etwas Eiweiß

Digitized by Google

im Urin. Milchdiät. 8 Tage später nachts zwei Anfälle gleicher Art, denen eine motorische Aphasie jedesmal voraufging. Dann unter diätetischer Behandlung vollständig normaler Verlauf der Schwangerschaft. Am 10. Juni 1890 spontane glatte Geburt von Zwillingen verschiedenen Geschlechts (8 bzw. 7 Pfund schwer), glattes Wochenbett. Am 8. November 1890 ein gleichgearteter konvulsiver Anfall, der sich jetzt als epileptischer Natur offenbart und von da ab von Zeit zu Zeit von analogen Anfällen gefolgt war. G. schließt daraus, daß auch die drei Anfälle im 3. Schwangerschaftsmonat epileptischer Natur waren. Dem einzelnen Anfalle läßt es sich bekanntlich nicht ansehen, ob Eklampsie, ob Epilepsie. Der Umstand, daß in einer Nacht zwei Anfälle nacheinander auftraten, spricht nicht gegen Epilepsie. Andererseits wäre es aber sehr auffallend, daß eine Eklampsie für den ganzen weiteren Verlauf der Schwangerschaft, Geburt und des Wochenbettes sistiert hätte und nun 5 Monate später von einer reinen Epilepsie gefolgt wäre.

G. verfügt auch über einen entsprechenden Fall, wo in der ersten Geburt während der Austreibungsperiode ein epileptischer Anfall zuerst unter dem Bilde der Eklampsie auftrat. Es blieb bei dem einen Anfall, aber wenige Wochen später, nach ungestörtem Wochenbettsverlauf, folgte ein epileptischer Anfall, seitdem fortdauernde Epilepsie. Es hieße den Tatsachen Zwang antun, wollte man den ersten Anfall lediglich deshalb, weil er unter der Geburt auftrat, als Eklampsie deuten.

G. hat mit diesen Erfahrungen aber nicht sagen wollen, daß nun auch der Fall des Herrn Haendly keine Eklampsie gewesen wäre.

Herr Keller fügt der Beobachtung des Herrn Haendly noch zwei ähnliche hinzu: Ein Fall aus derselben Schwangerschaftszeit mit vollkommener Amaurose (3.—4. Monat) und einen zweiten aus der Hälfte der Schwangerschaft (Ende des 5. Monates). — Herrn Gottschalk gegenüber hebt er hervor, daß der spätere Ausbruch von Epilepsie nicht beweisend ist dafür, daß die Anfälle einer früheren Schwangerschaft auch epileptische gewesen sind. Sie können trotzdem eklamptische gewesen sein. Entscheidend für die Beurteilung kann nur die Art der Aufeinanderfolge der Anfälle sein; bei Eklampsie schnell in kurzen Pausen des Bruchteiles einer Stunde oder von wenigen Stunden — bei Epilepsie höchst ausnahmsweise täglich, meist mit Unterbrechung von mehreren Tagen oder Wochen und Monaten. — Herr Eckelt führte als diagnostische Anzeichen der Schwangerschaftsniere nur Ödeme und Albuminurie auf. Für die schweren Formen gesellt sich hierzu aber noch die Zylindrurie. Schwangerschaftsniere bedeutet nach Rosthorn und Zangemeister mehr das Verhalten der Niere in der Schwangerschaft. Anzeichen tieferer Veränderung bringt erst der Befund von viel Eiweiß, zahlreichen Zylindern und nephritischen Elementen, welchen Zustand wir demgemäß auch nach Rosthorn und Zangemeister besser als Schwangerschaftsnephritis oder Nephropathie bezeichnen.

Herr Zinsser glaubt, daß Eckelt's Untersuchungen von sehr großer praktischer Bedeutung sind. Aus seinen Untersuchungen geht hervor, daß die Störungen, die aus der Schwangerschaftsniere sich entwickeln, nichts mit einer Urämie zu tun haben.

Herr R. Freund meint, daß sich noch mehr Fälle von Eklampsie aus den ersten Monaten als nach den Angaben von Haendly aufführen ließen. F. hat unter 500 Fällen der letzten 8 Jahre aus der Kgl. Charité-Frauenklinik 6 Fälle beobachtet, einen vom 3., die anderen vom 5. Monat. Bei flüchtiger Literaturdurchsicht hat er bereits außer den von Haendly genannten Fällen noch 16 weitere Fälle (6 vom 3. bis 4. Monat, 10 vom 5. Monat) herausgefunden. — F. macht ferner

Digitized by Google

auf das häufige Zusammentreffen von Eklampsie der ersten Schwangerschaftshälfte und Blasenmole (sogar oft ohne Fötus, vgl. Fall Hitschmann) aufmerksam.

Gegenüber Gottschalk und Koblanck bezweifelt F. die Berechtigung der Diagnose Epilepsie in der Schwangerschaft, wenn die Anfälle rasch aufeinander folgen. Charakteristisch für Epilepsie sei der vereinzelt bleibende Anfall. Selbst bei anamnestischer Epilepsie könne es sich bei Ausbruch von typischen Krämpfen in der Gravidität oder Geburt um echte Eklampsie handeln.

Herr Koblanck weist darauf hin, daß die Epilepsie in der Schwangerschaft sich manchmal verschlimmert. In einem solchen Falle hat er die künstliche Frühgeburt eingeleitet, ohne Erfolg; die Kranke ging an ihrer Epilepsie zugrunde.

Herr Mackenrodt: Ich glaube nicht, daß die Ursache der Eklampsie in einer toxischen Wirkung des Eies besteht. Die Eklampsie hat in ihren Erscheinungen mit der akuten Niereninsuffizienz, wie sie aus anderen Gründen beobachtet wird, eine auffallende Ähnlichkeit des Verlaufes. Ich will da drei Fälle von Eklampsie bei früher Schwangerschaft erwähnen: eine im 3. Monat einer uterinen und zwei im 2.—3. Monat einer extrauterinen Schwangerschaft; alle drei Fälle sehr schwer; sie sind durch Operation bzw. durch Ausräumung geheilt. Sollten diese winzigen Eier eine so schwere toxische Wirkung haben ausüben können, wie sie die Schwere der Anfälle voraussetzt? Ich glaube vielmehr, daß eine nervöse Veränderung der Nierentätigkeit durch die Schwangerschaft auf sympathischem Wege viel näher liegt. Dafür spricht die Übereinstimmung des Befundes bei Eklampsieniere und bei Niereninsuffizienz: Untergang hauptsächlich nur der Epithelien der feineren Harnwege. Deshalb glaube ich auch, daß der experimentelle Nachweis des Herrn Vortr. für die Wasser- und Salzverminderung bei Eklampsie absolut richtig ist. Wird er doch auch durch die klinische Beobachtung vollauf bestätigt. Vielleicht bringt die fortgesetzte Untersuchung der Eklampsieniere doch noch Aufschluß über das Wesen der Eklampsie.

Herr Knorr hält einen theoretischen Streit über die alte Nomenklatur in Anbetracht der neuen Ergebnisse für zwecklos.

Herr Bumm faßt die Bezeichnung »Schwangerschaftsniere« so auf, wie sie von Leyden aufgefaßt wurde, d. h. er versteht darunter eine Niere mit krankhaften Veränderungen, die durch die Schwangerschaft hervorgerufen sind.

Herr Eckelt, Herr Haendly (Schlußwort).

Sitzung vom 13. Juni 1913.

Demonstrationen:

Herr Fromme: Es werden zwei Fälle von Urethraldivertikel vorgestellt. Bei beiden Pat. äußerte sich das Leiden in Incontinentia urinae, bei beiden datierten die ersten klinischen Symptome seit einer Entbindung. Es wird darauf hingewiesen, daß sichere Fälle von angeborenen Urethraldivertikeln bis jetzt nicht bekannt sind; meistens scheint das Leiden durch den Geburtsakt erworben zu werden. Die Diagnose der Urethraldivertikel ist häufig nicht leicht, man soll aber bei Fällen von Inkontinenz, die im Anschluß an eine Entbindung entstehen, immer an die Möglichkeit einer Divertikelbildung denken. (Erscheint ausführlich in der Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie.)

Diskussion: Herr Robert Meyer erinnert an »Prostatacysten« beim neugeborenen Mädchen, welche aus sogenannten paraurethralen Gängen und Drüsen entstehen und so groß werden können, daß sie die Vagina beengen; er meint, daß durch Infektion derselben, z. B. auch nach Geburten, Abszedierung und Divertikel-

Digitized by Google

bildung entstehen könne, wie auch beim Manne die paraurethralen Kanäle erst nach Infektion klinisch auffallen und zuweilen Divertikel bilden, meist infolge von Gonorrhöe.

Herr Knorr weist darauf hin, daß Aussackungen der Urethra hartnäckige Entzündungen unterhalten können, weshalb Füth (Köln) Inzision derselben nach der Scheide empfohlen hat (Fol. urologica. Bd. I. Nr. 3).

Herr Lehmann hat die folgenden drei Fälle von Urethrokele gesehen, von denen keiner eine primäre Inkontinenz hatte. 1) Klinische Erscheinungen eines kleinen Prolapses; Abtragen der Geschwulst auf eingeführtem Katheter; Urethra und darüber Scheide vernäht. Heilung. 2) Urethrokele, aus der sich Eiter exprimieren läßt, ziemlich starke Beschwerden, besonders Harndrang. Operation wie im vorigen Fall; primäre Wundheilung unter Verweilkatheter. Danach Inkontinenz, die sich unter der Behandlung bessert; dann Pat. aus den Augen verloren. 3) Nullipara mit starkem Blasenkatarrh; kleine Urethrokele im hintersten Teil der Harnröhre, enthält dicken Eiter — Reinkultur von Streptokokken. Pat. hatte kurze Zeit vorher Angina mit 40° und Schüttelfrost gehabt, wobei sich anscheinend ihre schon lange ohne Beschwerden bestehende Urethrokele infizierte. Besserung unter nicht chirurgischer Behandlung.

III. Herr Jolly hält den angekündigten Vortrag: Geburt bei schiefem Becken.

Es gibt drei Arten von schiefen Becken:

1) das Naegel'sche Becken,

2) das skoliotisch-rachitische Becken,

3) das koxalgische Becken.

Der Geburtsmechanismus pflegt bei allen drei Formen der gleiche zu sein.

Das schiefe Becken ist dem allgemein verengten verwandt, da die Verengerung meist den ganzen Geburtskanal betrifft. Dementsprechend senkt sich das Hinterhaupt im Beckeneingang und geht beim Durchtritt durch das kleine Becken voran.

Das Hauptmerkmal des schiefen Beckens ist die Ungleichheit der beiden Beckenhälften. In die engere oder weitere Hälfte kann sich daher das Hinterhaupt einstellen, und man nennt seine Einstellung je nachdem engständig oder weitständig. Ist die linke Beckenhälfte verengt, so ist bei erster Schädellage der Kopf engständig, bei zweiter weitständig eingestellt.

Die engständige Einstellung ist meist vorteilhafter. Dies ist dadurch zu erklären, daß bei der engständigen Einstellung das breite Hinterhaupt, der biparietale Durchmesser, in den größeren schrägen Durchmesser des Beckens tritt und daher beim Durchtreten mehr Platz findet. Der frontooccipitale Durchmesser wird durch die starke Flexion des Kopfes für den Mechanismus ausgeschaltet.

Es folgt der Bericht über den Geburtsverlauf bei einem koxalgischen Becken. Es handelte sich um eine 26jährige Kollegenfrau mit einer linkseitigen Koxitis. Die Hüfte ist reseziert und das linke Hüftgelenk in leichter Flexions- und Adduktionsstellung versteift. Eine Fistel, welche mäßige, eitrige Sekretion absondert, ist zurückgeblieben. Vor 2 Jahren machte die Pat. einen Abortus durch.

Bei der Austastung des Beckens war das Promontorium mit dem Finger kaum zu erreichen, die rechte Beckenhälfte verengt, die linke in der Gegend des Ileosakralgelenkes druckempfindlich. Eine genaue Ausmessung des Beckens war nicht möglich, da das linke Bein nur wenig beweglich und die linke Beckenhälfte durch den Entzündungsprozeß stark deformiert war.

Die Geburt begann zum richtigen Zeitpunkt. Es handelte sich um eine erste Schädellage, also eine weitständige Einstellung des Kopfes. Der Muttermund

Digitized by Google

erweiterte sich bald; der Kopf stand aber trotz guter Wehen am dritten Tage noch beweglich. Am vierten Abend wurde in Narkose die Blase gesprengt und ein vergeblicher Versuch gemacht, den Kopf tiefer einzustellen. Am folgenden vierten Morgen war die Kopfstellung dieselbe. Die kindlichen Herztöne waren immer gut.

Es wurde nun an den in erster Schädellage noch beweglich stehenden Kopf die Naegele'sche Zange gelegt und in steiler Richtung nach abwärts gezogen, dabei das Hinterhaupt nach vorn gedreht. Der nötige Kraftaufwand war ein außerordentlicher. Schließlich gelang es, ein lebendes, allerdings tief asphyktisches, ausgetragenes Mädchen zutage zu fördern. Scheide und Damm waren unverletzt. Die Nachgeburtsperiode verlief glatt, die Wöchnerin erholte sich in ganz kurzer Zeit und machte ein fieberfreies Wochenbett durch. Das Kind ist gesund. Auf die Koxitisfistel hatte die Geburt keinen Einfluß, die Sekretion blieb die gleiche.

Selbstverständlich war vor der Entbindung auch der Kaiserschnitt und die künstliche Frühgeburt erwogen worden. Sowohl für den suprasymphysären Weg, als auch für den klassischen Kaiserschnitt erschien die Fistel bedenklich. Die künstliche Frühgeburt wurde abgelehnt, weil ein unreifes Kind nicht so widerstandsfähig und die Größendifferenz nicht erheblich genug ist, um den Durchtritt des Kopfes wesentlich zu erleichtern. Dazu kam der Befund, der zu der Annahme führte, daß die Geburt unter günstigen Umständen möglich sein müsse.

Diskussion: Herr Nagel: Die älteren Geburtshelfer lehrten, daß das Hinterhaupt am leichtesten durch die weite Hälfte des schrägen Beckens hindurchschreitet; dabei machten sie einen Unterschied zwischen ursprünglich weitem und ursprünglich engem Becken. Eduard Martin d. Ä. wendete in geeigneten Fällen auf den Fuß und leitete das Hinterhaupt durch die weite Seite des Beckens.

Herr Falk meint, daß die künstliche Frühgeburt wegen der größeren Verschieblichkeit der Kopfknochen ebenfalls günstige Aussichten gebe.

Herr Schülein schlägt die Wendung vor und will in der Schwangerschaft das Kind so drehen, daß nach der Wendung das Hinterhaupt in den engeren Teil des Beckens zu liegen kommt. Man kann auf den nachfolgenden Kopf einen größeren Druck ausüben, wodurch das Kind schneller durchs Becken geht. Seine Resultate waren gut. Er weist darauf hin, daß doch ein gewisser Unterschied zwischen einem allgemein und schräg verengtem Becken besteht. Beim ersteren füllt der Kopf das Becken vollkommen aus, beim schräg verengten Becken kann immer noch durch Verschiebung der Kopfknochen der in dem weiteren Teil des Beckens frei bleibende Raum etwas ausgenutzt werden.

Herr Nagel pflichtet Herrn Schülein bei, daß im allgemeinen der nachfolgende Kopf leichter durchgeht als der vorangehende. Der nachfolgende Kopf stellt einen Keil dar mit vorangehender schmaler Kante und bietet einen besseren Angriffspunkt für die Kraftentwicklung als der vorangehende. Außerdem sind die Weichteile durch den Durchtritt des Rumpfes bereits erweitert worden.

Herr Jolly (Schlußwort): Das schräg verengte Becken ist ätiologisch jedenfalls anders zu bewerten als das schräg verschobene. Der Geburtsmechanismus ist aber bei beiden ein ähnlicher. Die Prochownick'sche Diät ist bei der Pat. in Anwendung gekommen. Gegen die künstliche Frühgeburt ist außerdem noch anzuführen, daß die übliche Berechnung des Endtermines der Schwangerschaft nicht zuverlässig ist und man sich nicht selten um Wochen täuscht. Es ist infolgedessen sehr schwer, den richtigen Termin zur Einleitung der Frühgeburt zu finden. In bezug auf den Geburtsmechanismus sind die neueren Ansichten der Literatur

Digitized by Google

die, daß die engständige Einstellung die günstigere ist, und daß es nur bei ungewöhnlich deformierten Becken anders sein kann. Die Hauptsache ist in jedem Falle, daß sich das Hinterhaupt senkt und nach vorn tritt. Die Schädellage ist stets der Beckenendlage vorzuziehen. Dies geht schon aus der Ähnlichkeit des schiefen Beckens mit dem allgemein verengten hervor. Bei der Wendung den nachfolgenden Kopf in die günstigste Stellung im schiefen Becken zu bringen, ist praktisch kaum durchführbar.

Zeitschriften.

3) Gynäkologische Rundschau 1913. Hft. 15—19.

1) Gammeltoft (Kopenhagen): Untersuchungen über die antiproteolytischen Stoffe des Blutes während der Gravidität.

Da die Fuld'sche Kaseinprobe zur Feststellung der angeblich vermehrten antiproteolytischen Fermente im Gravidenserum wegen des inkonstanten Alkalitätsgrades der Kaseinlösung nicht einwandfrei und zuverlässig erschien, wurden Versuche angestellt mit Kaseinlösungen, deren Alkalitätsgrad vermöge der Sörensen'schen Formoltitrierung konstant war. Mit dieser Methode ließen sich gut vergleichbare Resultate erzielen, die ergaben, daß in der Gravidität und besonders bei Toxikosen die antiproteolytischen Fermente vermehrt sind. Im Blute des Kindes war der Titer stets niedriger als im mütterlichen Blute, ausgenommen bei Fieber unter der Geburt. Auch bei Kühen und Kaninchen wurden Versuche angestellt, jedoch fand sich bei ihnen kein erhöhter Titer während der Trächtigkeit. Weiter bewiesen die Versuche, daß eine Erwärmung des Serums auf 70° die antiproteolytische Wirkung zerstört, und daß sich diese Stoffe mit Äther ausschütteln lassen. Außerdem kann durch subkutane Injektion von Trypsin der Titer gesteigert werden. Dasselbe fand sich nach einseitigen Nephrektomien, wobei der Gehalt des Blutes an Aminosäuren, die auch durch Formol titriert werden können, gleichgültig ist.

2) Liepmann (Berlin): Die Trockenbehandlung des Fluor albus mittels des Antifluors.

Beschreibung eines neuen Apparates zur Trockenbehandlung des Fluor albus, der eine Verbesserung des Nassauer'schen Instrumentes darstellen soll, weil das eigentliche Pulverrohr durch eine Kappe geschützt ist und infolgedessen nicht durch das Sekret verstopft und beschmutzt werden kann. Außerdem läßt sich der Apparat vollständig auseinandernehmen und daher besser reinigen.

3) Höger (Graz): Ein verbesserter Aspirator.

Der Knapp'sche Aspirator, bei dem gegenüber dem gewöhnlichen Trachealkatheter in der Mitte eine Glaskugel zwischengeschaltet ist, hat den Nachteil, daß die Glaskugel sehr schlecht gereinigt werden und außerdem trotz der Glaskugel Sekret in den Mund des Arztes gelangen kann. Der neue Apparat enthält infolgedessen eine weitere Öffnung in der Glaskugel, die von einem durchbohrten Gummistopfen verschlossen wird. Außerdem befindet sich in dem in die Glaskugel hineinragenden Mundstück nicht unten, sondern seitlich eine Öffnung, so daß sicher nichts in den Mund aspiriert werden kann.

4) K. Jaworski (Krakau): Klinische Bemerkungen betreffend die Abderhalden'sche Reaktion.

Das Dialysierverfahren gab bei 40 normalen Schwangeren ohne Ausnahme positive Resultate; auch bei drei Fällen von Hyperemesis gravidarum und bei zwei Fällen von Eklampsie fiel die Probe positiv, wenn auch etwas schwächer gefärbt

Digitized by Google

aus. Außerdem wurden Sera von fünf Extrauteringraviditäten untersucht; zwei reagierten positiv, drei negativ. Der negative Ausfall in diesen Fällen spricht nicht gegen die Zuverlässigkeit der Methode, wenn man bedenkt, daß die Reaktion nur 14 Tage lang nach jedem normalen Partus positiv bleibt und bei diesen Frauen das Ovum bereits länger als 2 Wochen von der Tube losgelöst war und in alte Hämatokelen eingebettet lag.

5) Falgowski (Posen): Zur operativen Behandlung chronisch-entzündlicher Beckeninfiltrate mit besonderer Berücksichtigung der Parametritis posterior.

F. empfiehlt bei diesen Erkrankungen folgende neue Operationsmethode, mit der er in vier Fällen gute Resultate erzielte: Vordere und hintere Kolpotomie, Herauslösen des Uterus aus den Verwachsungen und Exsudaten, wenn nötig Entfernung des Uterus. Wenn er nicht entfernt zu werden braucht, wird die vordere Uteruswand an der vorderen Scheidenwand fixiert, um eine gute Lage zu erzielen. Zum Schluß Drainage durch die vordere und hintere Kolpotomiewunde mit Mullstreifen, die tunlichst mit 5%igem Kampferöl zu tränken sind.

6) Frankl (Wien): Über die Ovarialfunktion bei Morbus Basedowii.

Untersuchungen des Menstruationstypus an einem größeren Materiale von Basedowkranken ergaben, daß im Anfang der Erkrankung die Blutung unbeeinflußt sein kann, daß aber auch eine quantitative Abnahme und eventuell vollkommenes Aufhören der Menses eintreten kann. Ein Rückschluß auf die Schwere der Krankheit läßt sich aus dem Menstruationstyp im Anfange der Erkrankung nicht ziehen. Bleibt aber längere Zeit hindurch während der Erkrankung die Periode aus oder ganz spärlich, so ist die Basedow'sche Erkrankung in diesem Falle als schwer anzusehen. Nach diesen Beobachtungen erscheint es unwahrscheinlich, daß der Ausfall der Ovarienfunktion die Ursache der Basedow'schen Erkrankung darstellt.

Ausgehend von der bereits bekannten Tatsache, daß ein Funktionsausfall des Ovariums die Symptome der Hyperfunktion der Thyreoidea verstärkt, wurden Tabl. ovar. Richter bei Basedow mit gutem Erfolge wenigstens gegen die Tachykardie und vermehrte Schweißsekretion in Anwendung gebracht. Auch eine leichte Röntgenbestrahlung der Ovarien (Reizdosis) soll günstig einwirken.

7) Ballerini (Parma): Quincke'sche Krankheit und Schwangerschaft.

Verf. beobachtete in zwei Fällen eine Kombination dieses seltenen, vorübergehenden, angioneurotischen Ödems mit Gravidität. Weder die Gravidität wurde irgendwie beeinträchtigt, noch die Krankheit durch die Gravidität in irgendeiner Weise beeinflußt.

8) Stephan (Gießen): Intraperitonealer Verblutungstod sub partu aus einem Varixknoten an der Uteruskante.

Beschreibung eines dieser seltenen Fälle, wie sie einmal von Fritsch und einmal von Langes publiziert sind.

Die Frau kam in der Eröffnungszeit mit den Anzeichen einer schweren inneren Blutung in die Klinik. Nach Entleerung des Uterus mittels vaginalen Kaiserschnitts wurde bei der sofort angeschlossenen Laparotomie die geborstene Vene an der rechten Seitenkante des Uterus entdeckt und vernäht. Trotzdem 2 Stunden später Exitus infolge der schweren Anämie.

9) Pozsonyi (Budapest): Über einen dorso-perineal operierten Fall von primärem Scheidenkrebs (Exstirpation des gesamten Genitalapparates und des Rektums).

Digitized by Google

Wegen des häufigen, schon sehr frühzeitigen Rezidivierens der Scheidenkarzinome erscheint eine Exstirpation des gesamten Genitalapparates und des Rektums bei diesen Erkrankungen dringend notwendig.

Verf. kombinierte in einem Falle nach Steißbeinresektion die erweiterte vaginale Totalexstirpation nach Schauta mit einer Amputatio recti und legte zum Schluß einen Anus sacralis an. $^1/_2$ Jahr später befand sich die Pat. noch sehr wohl und hatte gut an Gewicht zugenommen.

10) Scherer (Budapest): Kasuistisches zur Frage Vitium cordis und Schwangerschaft.

Unter ca. 17000 Gebärenden befanden sich 51 Pat. mit inkompensierten Herzfehlern. Davon starben im ganzen 11, wovon bei 5 Pat. noch andere schwere Leiden hinzutraten und die eigentliche Todesursache darstellten. Bei den übrigen 40 Fällen verlief die Geburt ohne Störungen; 11 von ihnen hatten bereits früher Entbindungen trotz ihres Vitiums ohne Komplikation durchgemacht. Nur in 6 Fällen wurde die Geburt durch ärztlichen Eingriff beschleunigt und nur bei einer Pat. kam es zur Atonie. Auch das Wochenbett verlief im allgemeinen glatt. 10mal wurde wegen des Vitium die Schwangerschaft vorzeitig unterbrochen. Eine dieser Pat. starb.

11) Harabath (Wien): Über Graviditätshypertrichosis.

Bei drei Hunden wurde in der Gravidität eine Hypertrichosis besonders der Bauchhaut in der Umgebung der Milchdrüsen beobachtet. Als Ursache wird die Hyperämie der Haut über denjenigen Stellen angenommen, wo in der Gravidität hyperplasierende Organe (z. B. Milchdrüsen) liegen. Langes (Kiel).

Geburtshilfliche Operationen.

4) **Alexy Sagrjaskin. Chronik der geburtshilflichen Abteilung der kgl. Universitäts-Frauenklinik in München im Jahre 1911.** Inaug.-Diss., München, 1912.

Sehr ausführliche statistische Arbeit. Zu kurzem Referat nicht geeignet.
L. Nürnberger (München).

5) **L. Chaimtschik. Die puerperale Morbidität und Mortalität nach operativen Eingriffen.** Inaug.-Diss., München, 1912.

Bericht über $4^1/_2$ Jahre aus der Münchener Frauenklinik. Geringste puerperale Morbidität auf Konto der Operation der Beendigung der Beckenendlagen = 8,6% (puerperale Mortalität 0%), puerperale Morbidität bei künstlicher Frühgeburt 14% (0%), bei Zange 16,53% (0,45%), bei Wendung 19,31% (0%), bei Hysterotomia ant. 21,43% (1,32%), kei zerstückelnder Operation 24,6% (1,5%), bei manueller Placentarlösung 26,4% (0,8%), bei Hebosteotomie 37,14% (5,71%), bei extraperitonealem Kaiserschnitt 41,51% (2%). — Je mehr Manipulation an den Geburtswunden, desto mehr Erkrankungsgefahr (Baisch). 64% fieberfreie Wochenbetten. (Kissing an der Tübinger Klinik 78,5% afebrile Wochenbetten.)
v. Miltner (München).

6) **H. Helle. Die Verteilung der operativen Entbindungen nach Alter und Zahl der vorausgegangenen Geburten.** Inaug.-Diss., München, 1912.

Unter 15312 Geburten innerhalb 11 Jahren 4 Monaten in der Münchener Frauenklinik 406 Zangenoperationen (meist im 21.—23. Jahre, 25,9%), 71,2% Erstgebärende, 28,8% Mehrgebärende, meist wegen Irregularität der kindlichen Herztöne (220mal), 301 Wendungen (meist im 27.—29. Jahre [17,6%] 83,4% Mehr-

Digitized by Google

gebärende, 16% Erstgebärende, meist wegen Querlage [100mal] und wegen Placenta praevia [77mal]), 65 Kaiserschnitte (meist im 23.—25. Jahre [24,6%] 50,7% Erstgebärende, 49,3% Mehrgebärende, meist wegen engen Beckens [47mal]), 12 Symphyseotomien, 24 Hebosteotomien = 36 beckenerweiternde Operationen (meist im 28.—30. Jahre [30,5%] 88,9% Mehrgebärende, 11,1% Erstgebärende, meist infolge engem Becken bis zu 6,5 Vera [36mal]), 108 Perforationen, 19 Dekapitationen = 127 zerstückelnde Operationen (meist im 27.—29. Jahre [20,3%], 66,5% Mehrgebärende, 33,5% Erstgebärende, meist infolge erfolglosen Zangen- oder Wendungsversuchs [127mal]). Heranziehung von Resultaten anderer Kliniken. Zum Schluß macht Verf. aus einer Kurve ersichtbar, daß Zangen bei Erstgebärenden, Wendungen und beckenerweiternde Operationen bei Mehrgebärenden von gleicher Häufigkeit sind. v. Miltner (München).

7) **Jullien (Amiens). Beitrag zur Totalexstirpation bei verschleppten fehlerhaften Lagen.** (Prov. méd. 1913. Nr. 27.)

Eine VIIIpara erlitt bei einem Wendungsversuch eine Uterusruptur. Fast 24 Stunden später wurde die abdominale Totalexstirpation ausgeführt. Sorgfältige Peritonisierung, keine Drainage. Heilung. Hohl (Bremerhaven).

8) **Chaim Rosiner. Über Dammrisse, deren Frequenz, Ätiologie und Therapie in der geburtshilflichen Poliklinik der kgl. Frauenklink zu Breslau.** Inaug.-Diss., Breslau, 1913.

Die Häufigkeit der Dammrisse in den letzten 6 Jahren betrug 20%. Diese Zahl stimmt ungefähr mit den Angaben aus anderen Kliniken überein. Am häufigsten waren die Dammrisse bei Erstgebärenden 81%. Dem Alter der Pat. nach entfielen die meisten Perinealrupturen auf das 25.—30. Jahr. Ätiologisch kommen in Betracht: zu rascher Durchtritt der Frucht, Sturzgeburten, zu starke Bauchpressenarbeit, zu schnelle Erweiterung durch einen kleinen Kopf, ungünstig beschaffene und pathologisch veränderte Dämme (Varicen, Ödeme, spitze Kondylome), ferner zu enge Schamspalte, großer Kopf, Haltungsanomalien, tiefer Querstand und zu große Schulterbreite. Operative Entbindungen spielen keine so große Rolle; durch die Zange läßt sich der Dammschutz unter Umständen in besonders günstiger Weise ausüben. Bei Extraktionen am Beckenende ist der Damm mehr gefährdet, da vielfach eine Beschleunigung der Extraktion indiziert ist. Jeder Dammriß wird sofort primär genäht. Alte Dammrisse werden nach der Küstner'schen individualisierenden Methode operiert.

Kaufmann (Breslau).

9) **Chaim Wolf Kadyschewitsch. Über Ätiologie, Häufigkeit und Heilung der Dammrisse in der Breslauer Poliklinik vom 1. IV. 1900 bis 1. IV. 1906.** Inaug.-Diss., Breslau, 1913.

Die Arbeit stellt eine Fortsetzung der Dissertation von Rosiner dar. Berücksichtigt sind vor allem die Dammrisse nach Zangenoperation. Sie traten bei Mehrgebärenden in 38%, bei Erstgebärenden in 32% der Fälle auf. Der Prozentsatz ist also nicht viel höher, als bei spontanen Geburten.

Kaufmann (Breslau).

10) **Meyer Eisik Waksmann. Über Ätiologie, Häufigkeit und Erfolge der primären Naht bei Dammrissen.** Inaug.-Diss., Breslau, 1913.

Behandelt die Dammrisse der geburtshilflichen Poliklinik Breslau von 1894—99. Verf. kommt ungefähr zu denselben Resultaten wie Rosiner und Kadyschewitsch. Unter allen genähten Dammrissen sind primär geheilt 77%, von den Dammrissen dritten Grades heilten 57%. Kaufmann (Breslau).

Digitized by Google

11) **A. Meyer.** **Über einen Fall von Ruptur des Septum recto-vaginale bei spontaner Geburt.** Inaug.-Diss., München, 1912.

24jährige Ipara, entbunden wegen Geburtsverletzung in die Klinik gebracht. 11stündige Wehendauer, da Austreibung sehr rasch durch zehn Preßwehen, kein Dammschutz, trotzdem Damm unverletzt. Beim Einschneiden des Kopfes fließt plötzlich klares Fruchtwasser aus dem Anus. Geburt bis zum Ende schmerzlos; beweisend für frische Verletzung nur blutig tingierte Nasenspitze des Kindes. Keinerlei Instrument in Anus oder Vagina bei der Geburt eingeführt. Befund: Becken normal, bei der Untersuchung findet sich Abreißung der Columna rugarum in der Schleimhautgrenze 3—4 cm breit, rings verlaufend. Außendamm intakt. Für einen Finger durchgängige Öffnung von Vagina ins Rektum. Sphincter ani unverletzt. Kind von gehöriger Größe und Gewicht. 1 Tag nach Einlieferung Vereinigung der Rektalschleimhaut des Septum recto-vaginale, des Scheidenrohres mittels Etagennaht in Lumbalanästhesie. Sorge für reichlichen Stuhl. Wochenbett afebril, nach 11 Tagen geheilt, nach 22 Tagen feste Narbe. Anführung von neun ähnlichen Fällen aus der Literatur, Ursache der Verletzung bei obigem Falle anscheinend zirkuläre Überdehnung der Scheide durch die rasche Austreibung, begünstigt durch eine Periproktitis, die schon in der Schwangerschaft bestand. Für die übrigen aus der Literatur angeführten Fälle Ursache pathologische Veränderungen, die angeboren durch Entwicklungshemmungen oder durch Entzündungen bedingt waren. v. Miltner (München).

12) **Robert Saniter** (Berlin). **Geburtshilfliches Besteck.** (Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 26.)

Die Haupteigenart des hier beschriebenen Bestecks ist die Unterbringung der sogenannten Apotheke in einem derben Leinwandkasten, der im Serilisator seinen Platz findet. Alle Flaschen bleiben so dauernd aufrecht stehen und klappern nicht. Der Leinwandkasten kann natürlich mit beliebigen Medikamenten oder mit den modernen, sterilen Ampullen gefüllt werden.

Der Sterilisator mit Inhalt kommt in eine Ledertasche nach Art einer Reisetasche, obendrauf eine Segeltuchrolle mit den Instrumenten. Mit einer in der Veröffentlichung wiedergegebenen Musterzusammenstellung beträgt das Gesamtgewicht der Tasche 10 kg und ihr Preis 220 Mk. beim Medizinischen Warenhaus in Berlin. Sterilisator mit Leineneinsatz allein kostet 49 Mk., der Lederkoffer 28 Mk. Frickhinger (München).

Geburtshilfliche Komplikationen.

13) **v. Funke** (Prag). **Über Schwangerschaftsdiabetes.** (Prager med. Wochenschrift 1913. Nr. 23. Sitzungsbericht.)

Es besteht während der Gravidität die Neigung zu alimentärer Glykosurie bei normalen Blutzuckerwerten. Der Schwangerschaftsdiabetes läßt sich charakterisieren als ein Nierendiabetes ohne Störung des intermediären Stoffwechsels. Die Zuckerwerte bewegen sich innerhalb geringer Grenzen und waren alimentär nur relativ von der Menge der zugeführten Kohlehydrate abhängig. Die Zucker- und Azetonausscheidung wurde nur durch starke psychische Erregung und Migräne gesteigert. Die Azetonausscheidung schwand 3 Wochen vor der Geburt, der Zucker im Beginne der Wehentätigkeit. Die Azetonausscheidung wurde durch Fettzufuhr nicht beeinflußt. Während Hunger-, Gemüse- und Hafertage die Azetonausscheidung ungünstig beeinflußten, wirkten Milchtage mit reichlicher Zufuhr von Lävulose, Bananen und kleinen Mengen von Alkohol günstig und brachten Azeton

Digitized by Google

vorübergehend zum Schwinden. v. F. perhoresziert die Unterbrechung der Gravidität bei Diabetes und empfiehlt ausschließlich Bettruhe mit diätetischen Maßregeln. Bei gleichzeitiger Azidose ist Bettruhe, eine entsprechende Menge von Kohlehydraten und Alkalien indiziert. Piering (Prag).

14) **Colorni (Mantua). Glykosurie und Diabetes vom geburtshilflich-gynäkologischen Standpunkt.** (Ann. di ostetr. e ginecol. 1913. Nr. 2—5.)

Der verderbliche Einfluß des Diabetes auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett wird auf Grund der Literatur (350 Nummern) besprochen. Das klinische Bild läßt sich als Diabetes graviditatis am besten bezeichnen. Es tritt häufig schwere Säurevergiftung der Schwangeren ein, allerdings wird Diabetes und besonders die schwere Form, recht selten bei Schwangeren gefunden, wie ja überhaupt Diabetes bei Frauen im zeugungsfähigen Alter selten auftritt. Als besondere Erscheinungen von seiten des Sexualsystems finden sich: Amenorrhöe, Dysmenorrhöe, Meno- und Metrorrhagien, Pruritus, Dermatosen, spitze Kondylome, Atrophie des Endometriums, des Uterus und der Ovarien, und außerdem sind entzündliche Prozesse häufig. Bis jetzt liegen in der Literatur 87 sichere Beobachtungen der Komplikation von Gravidität und Diabetes vor, es sind nur Multiparae über 30 Jahre betroffen; darunter sind auch Fälle von konjugalem Diabetes. Im allgemeinen ist ein ungünstiger Einfluß auf die Schwangerschaft festzustellen, nur in 48,23% erfolgte rechtzeitige Geburt, meist erfolgte Frühgeburt im 8. Monat, es sind aber auch Aborte, meist gegen den 6. Monat beobachtet. In 27,8% trat Hydramnios auf, oft akut; im Fruchtwasser fand sich oft Zucker. Die Kinder sterben oft in den ersten Stunden oder Tagen nach der Geburt, öfter noch geht die Frucht intrauterin zugrunde, gefolgt von rascher und intensiver Mazeration. Auch Entwicklungsanomalien und angeborener Diabetes werden beobachtet. In ca. 20% trat eine Überentwicklung (Makrosomie) der Frucht auf, die oft Ursache von Geburtserschwerung wurde. Oft muß wegen Hydramnios oder schwerer Allgemeinerkrankung der Mutter die Frühgeburt eingeleitet werden. Die Geburtsarbeit, wann sie auch auftritt, ob Abort oder rechtzeitig, bedingt schwere Gefahren für die Mutter, besonders nachfolgendes Koma. Oft tritt nach der Geburt rapide Verschlechterung, manchmal Phthisis florida auf, andererseits in zirka der Hälfte der Fälle Besserung, die bis etwa zum 4. Monat nach der Entbindung anhält. 46% Mütter gehen in den ersten 3 Jahren post part. zugrunde, die meisten während der Geburt oder im Puerperium. Die Prognose ist immer unsicher, deshalb soll man den diabetischen Frauen die Heirat verbieten; ebenso weitere Graviditäten, wenn sich in der ersten Verschlimmerung gezeigt hat. Auch das Stillen ist zu unterlassen. Die Behandlung sei anfangs und in leichten Fällen die übliche, tritt Verschlechterung ein, muß die Schwangerschaft unterbrochen werden, auch in den ersten Monaten. Bei geburtshilflichen Eingriffen ist Narkose zu vermeiden. Die Erscheinungen der Säurevergiftung sind durch Milchdiät und Alkalien per os oder intravenös zu bekämpfen. Knoop (Duisburg).

15) **F. Labendzinski. Über perniziöse Anämie in der Schwangerschaft.** Inaug.-Diss., München, 1912.

Verf. stellt 25 Fälle von perniziöser Anämie und Schwangerschaft aus der Literatur zusammen und beschreibt ausführlich zwei neue Fälle, die an der I. med. Klinik und an der II. gyn. Klinik zur Beobachtung gelangten. In beiden Fällen wurde wegen der perniziösen Anämie die Unterbrechung der Gravidät im 4. und 5. Monat vorgenommen. Beide Pat. starben 3 Wochen nach Entleerung des Uterus.

Der Schwangerschaft als ursächlichem Moment kann für die perniziöse Anämie

Digitized by Google

in der Schwangerschaft kein Platz mehr eingeräumt werden; damit fällt auch die Berechtigung der Unterbrechung der Schwangerschaft als kausaler Therapie von selbst.

Wenn auch durch die Schwangerschaft eine perniziöse Anämie ungünstig beeinflußt wird, so ist deshalb die künstliche Unterbrechung doch nicht zu empfehlen, da sowohl die normale als vorzeitige Geburt erfahrungsgemäß das Leiden rapid verschlimmern.

Für die Behandlung der an perniziöser Anämie erkrankten Schwangeren sind vor allem die für die Behandlung der perniziösen Anämie überhaupt geltenden therapeutischen Indikationen in den Vordergrund zu stellen.

Eisenreich (München).

16) **H. Kiesin (Debalgewo, Rußland). Todesfälle und Herzerkrankungen unter der Geburt.** (Wiener klin. Rundschau 1913. Nr. 32—34.)

In den Jahren 1896—1910 findet Verf. an der Baseler Frauenklinik bei 17 755 Geburten 148 Herzfehler. Bei 10 von diesen Fällen war das Vitium cordis die unmittelbare Todesursache intra partum (= 7%), während es bei 20 weiteren Todesfällen unter der Geburt als ungünstige Komplikation angetroffen wurde. K. glaubt jedoch das Gesamtverhältnis der Herzkranken höher einschätzen zu müssen, weil die meisten Herzfehler die Geburten ohne Erscheinungen überstehen und nur ein geringer Teil diagnostiziert wird.

Prognostisch am ungünstigsten sind die Fälle, die mit anderen Erkrankungen (Lunge, Niere) kompliziert sind.

Bei der Therapie interessiert am meisten die Frage der künstlichen Schwangerschaftsunterbrechung. Verf. vertritt die Ansicht v. Herff's: Unterbrechung der Gravidität beim Versagen der internen Behandlung, ein dekompensiertes Vitium in ein kompensiertes zu verwandeln. Der Schwerpunkt ist jedoch auf die Prophylaxe zu legen: Sterilisation oder antikonzeptionelle Mittel bei Inkompensation.

Friedrich (Kiel).

17) **Faugère (Paris). Erscheinungen von Shock nach Entbindungen.** (Rev. prat. d'obst. et de paediatrie 1913. April. Nr. 287.)

Die Beobachtung einer Pat., die nach der Entbindung ohne sicher konstatierbare Ursachen schwere Shockerscheinungen bekam, gab Veranlassung, eine Reihe derartiger Fälle aus der Literatur zusammenzustellen. Die Bearbeitung des Materials ließ folgende Schlüsse zu:

1) Die Shockerscheinungen nach Entbindungen sind Folgen von Verletzungen des Uterus, ausgedehnten Halsverletzungen oder Verletzungen des unteren Segmentes und besonders des Körpers. Bei Verletzungen des unteren Segmentes oder des Körpers haben wir nicht eine wahre Uterusruptur, die die ganze Dicke der Wand betrifft, sondern leichte Risse, Fissuren, die nur einen Teil der Wand durchdringen.

2) Diese Fissuren können entstehen: bei Sturzgeburten, bei Geburten großer Kinder, bei pathologischen Geburten.

3) Diese inkomplette Ruptur darf nicht mit einer wahren Ruptur zusammengeworfen werden, da die Behandlung nicht dieselbe ist. Im Falle einer Fissur ist die Blutung nur gering, der Untersuchungsbefund ist negativ.

4) Die Erscheinungen des Shocks dürfen nicht verwechselt werden mit den Erscheinungen, die einer schweren Blutung folgen, weil es weder eine äußere noch eine innere Blutung gibt.

5) Die Behandlung ist eine interne, die den Shock an sich zu bekämpfen hat.

Hohl (Bremerhaven).

Digitized by Google

18) **A. James Harrar. Großes infraperitoneales Beckenhämatom. Bericht über drei im Anschluß an die Geburt aufgetretene Fälle.** (Bull. of the Lying-in Hospital of the City of New York 1913. Juni.)

Die Häufigkeit der Hämatome stellt sich unter 23 000 Fällen auf 1 : 1100; 62% davon betrafen Erstgebärende. Unter den berichteten 3 Fällen ereignete sich 1 nach Spontangeburt, 2 nach Forceps; die in allen Fällen extraperitoneal entwickelten Hämatome waren so groß, daß schwere Anämie eintrat, eine Frau sogar an Anämie zugrunde ging. Die Größe und das rasche Anwachsen der Hämatome machte die Spaltung, Ausräumung und Tamponade notwendig.

Jaschke (Gießen).

Adnexe.

19) **Walther Hannes. Die Adnexerkrankungen. (Entzündungen und Eileiterschwangerschaft.)** (Ergebnisse d. Chirurgie u. Orthopädie Bd. VI. 1913.)

Verf. bespricht im ersten Abschnitt seiner Abhandlung die Ätiologie, pathologische Anatomie, das klinische Bild, die Diagnose und Therapie der entzündlichen Adnexerkrankungen. Bezüglich der Therapie formuliert er folgenden Schlußsatz: »Je später eine chronische Adnexentzündung operativ angegangen wird, um so konservativer, um so organerhaltender können wir verfahren und um so bessere Dauerheilungen werden wir erzielen, weil wir weniger Rezidive und Nachschübe zu gewärtigen haben«.

Die Tubengravidität gliedert Verf. im Hinblick auf die modernen Anschauungen über die Ätiologie der Eileiterschwangerschaft den entzündlichen Adnexerkrankungen an. Die pathologische Anatomie, Diagnose und Therapie werden eingehend gewürdigt. Bezüglich letzterer plädiert Verf. für den Leibschnitt: »Die Operation wegen Tubengravidität am gewählten Termin mittels Laparotomie ist somit eine völlig lebenssichere Operation«.

Kurt Hanusa (Kiel).

20) **E. Tédenat und A. Rives** (Montpellier). **Tubo-ovarielle Cysten.** (Prov. méd. 1913. Nr. 19.)

Die Höhle einer Tube kann kommunizieren mit einer pathologischen Höhle des Ovariums. Letztere kann ein Abszeß (tubo-ovarieller Abszeß) oder eine Cyste (tubo-ovarielle Cyste) sein. Über 7 Fälle von tubo-ovarieller Cyste wird in der vorliegenden Arbeit berichtet. Schwierigkeit macht die Erklärung, wie die Kommunikation zwischen Tube und Ovarium zustande kommt. Gewöhnlich verwächst die präexistierende Cyste mit der entzündlichen Tube, und die Kommunikation entsteht durch Ulzeration der Zwischenwand.

Hohl (Bremerhaven).

21) **Alfred L. Matthey** (Wiesbaden). **Über sogenannte eingeklemmte Hernien der Adnexe.** (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXXXIII. Hft. 2.)

In einem vom Verf. operierten Falle fanden sich bei einem 3 Monate alten Kinde die stark infarzierten Adnexe eingeklemmt, ohne Stieltorsion und ohne daß ein scharfer Einklemmungsring vorhanden war. Verf. erklärt die trotzdem vorhandene hochgradige Infarzierung damit, daß die Adnexe durch ein bloßes Kippen vorgelagert wurden, und daß hierbei das Ovarium nach vorn über die Tube und das Ligamentum rotundum glitt. Dadurch wurde das Spermatikalbündel, das ziemlich kurz war, leicht gespannt, die Venen wurden infolgedessen komprimiert, im Ovarium kam es zur Stauung. Zu diesen Vorgängen kommt die Verschiedenheit des Blutdrucks und der Blutgeschwindigkeit in den innerhalb

Digitized by Google

bzw. außerhalb der Bauchhöhle gelegenen Teilen, welche durch die Bauchpresse hervorgerufen wird und zu Stasen führt. Calmann (Hamburg).

22) **A. Ostrcil. Zur Histogenese der tubaren Embryome.** (Sborník lékarsky 1913. Nr. 1 u. 2.)

Bei einer 24jährigen Frau fand sich im Douglas ein Tumor, der als Ovarialcyste imponierte, bei der Operation sich aber als Tumor der Tube erwies. Bei der genauen histologischen Untersuchung konstatierte O. eine Dermoidcyste nach Art der im Ovarium vorkommenden Cysten, die sich als Produkt aller drei Keimgewebe präsentierte. Das Bindegewebe dieses Embryoms ging ohne bestimmte Grenze in das Bindegewebe einer Fimbrie über. Der Autor schließt daraus, daß sich das Embryom mitten im Gewebe einer Fimbrie entwickelte und nimmt an, daß die Anlage des Embryoms schon im jungen embryonalen Gewebe der Fimbrie vorhanden war. G. Mühlstein (Prag).

23) **Wilhelm Einsle. Ein Fall von vorgeschrittenem Tubenkarzinom mit besonderer Berücksichtigung der primären Doppelseitigkeit.** Inaug.-Diss., München, 1913.

Verf. schließt an die Zusammenstellung von Dandelski 36 weitere Fälle aus der Literatur an und beschreibt ausführlich einen Fall, der in der Kgl. Universitäts-Frauenklinik München zur Beobachtung kam. Auf Grund der sehr ausführlichen, zu einem kurzen Referat nicht geeigneten makro- und mikroskopisch erhobenen Befunde bezeichnet Verf. den bei einer 47jährigen Arbeitersfrau durch Radikaloperation gewonnenen Tumor als primäres Karzinom der rechten Tube mit sekundären Implantationen im rechten Ovarium, in der linken Tube und auf dem peritonealen Überzug beider Tuben.

O. Eisenreich (München).

24) **P. von Bubnoff. Tubenkarzinom. Kasuistischer Beitrag.** Inaug.-Diss., München, 1913.

Es handelt sich um eine 50jährige Pat., welche bereits seit 5 Jahren in Menopause stand. Die Periode war bei der Frau stets regelmäßig; sie hatte drei normale Geburten durchgemacht. Die Pat. klagte über Schmerzen in der linken Abdominalseite, welche vor einigen Monaten aufgetreten waren und in der letzten Zeit, bevor sie sich entschloß ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, bedeutend exazerbiert waren. Gefühl des Druckes im Becken und auf die Blase. In letzter Zeit direkt abgemagert. Appetitlosigkeit.

Die Exploration ergab einen cystischen Tumor in der linken Seite des Abdomens, von dem der nicht vergrößerte Uterus nach rechts und vorn abgegrenzt werden konnte. Aus der unregelmäßigen Konsistenz und der Derbheit des Tumors wurde auf ein Cystokarzinom geschlossen. Bei der Laparotomie erwies sich der Tumor als eine enorme, von der Tube ausgehende Geschwulstbildung, an welcher durch die Palpation einige derbe Partien erkannt werden konnten. Der Tumor war leicht mit der Umgebung verwachsen, und es gelang seine Ausschälung, ohne daß ein Platzen der Cyste verursacht wurde.

Entfernt wurde bei der Operation: die linkseitige Tube, welche dicht am Ostium uterinum abgeklemmt wurde und einen enormen Tumor repräsentierte, das linke Ovarium, welches nicht vergrößert war, und ein Teil des Ligamentum latum.

Die mikroskopische Untersuchung ergab aus allen Teilen der Geschwulst ziemlich übereinstimmend Bilder, die den Charakter eines medullären Karzinoms an sich tragen. O. Eisenreich (München).

Digitized by Google

Fötus und Neugeborenes.

25) **B. Dedeck. Zur Frage der Entwicklung der Atmungsbewegungen der menschlichen Frucht.** (Lékarské Rozhledy XX. (II.). 1913. Nr. 2.)

Der Autor konstatierte, indem er einen Kautschukballon am Processus xyphoides des Kindes befestigte und mittels eines Schlauches mit der Marey'schen Registriertrommel verband, daß die Atmung unausgetragener, sonst aber gesunder, wachender Neugeborener (bis zu einem Gewicht von etwa 1400 g) durch apnoische Pausen charakterisiert sei. Dieser periodische Atmungstypus der unausgetragenen Kinder ließe sich als die primäre Form des Atmungsrhythmus auffassen, aus dem sich sekundär der gleichförmige, ununterbrochene Atmungsrhythmus entwickelt; er bietet eine auffallende Ähnlichkeit mit dem Cheyne-Stokes'schen Atmungstypus dar. Die Atmungskurven der unausgetragenen Kinder hatte eine auffallende Ähnlichkeit mit jenen Kurven, welche Ahlfeld bei der Registrierung der intrauterinen »Atmung« gewann. Der Autor hält seine Resultate für einen experimentellen Beweis für die Wahrscheinlichkeit der Ahlfeld'schen Theorie von dem physiologischen Auftreten von Bewegungen der Atmungsorgane während des intrauterinen Lebens der menschlichen Frucht.

G. Mühlstein (Prag).

26) **Arvo Ylppö (Helsingfors). Icterus neonatorum und Gallenfarbstoffsekretion beim Fötus und Neugeborenen.** (Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 39.)

Der Verf. hat eine spektrophotometrische Methode ausgearbeitet, nach der die Gesamtausscheidung von Gallenfarbstoff im Urin und Stuhl und der Gehalt des Blutes an Gallenfarbstoff bestimmt werden kann. Es zeigte sich, daß zwischen der Intensität des Ikterus und den ausgeschiedenen Gallenfarbstoffmengen keine Kongruenz besteht, ja daß kein prinzipieller Unterschied in der Gallenfarbstoffausscheidung bei Ikterischen und Nichtikterischen existiert. Damit sind alle hämohepatogenen Theorien hinfällig. Der Icterus neonatorum beruht vielmehr darauf, daß die Leber der Neugeborenen noch einige Zeit nach der Geburt einen Teil des Gallenfarbstoffs ins Blut übergehen läßt, wie dies jede fötale Leber tut. Nach der Geburt steigt der Gallenfarbstoffgehalt des Blutes bei allen Kindern. Wenn eine bestimmte Grenze überschritten wird, so tritt der Hautikterus auf. Besonders hohen Gallenfarbstoffgehalt des Blutes zeigen die frühgeborenen Kinder. Er hält sich bei ihnen auch längere Zeit auf seiner Höhe. Dementsprechend ist auch der klinische Verlauf des Ikterus. Eine Abhängigkeit des Ikterus von Infektionen besteht nicht. Frickhinger (München).

27) **F. Bamberger. Kranioschisis und Rachischisis totalis. Ein Fall zur Kasuistik.** Inaug.-Diss., München, 1912.

Erörterung der Anatomie obiger Mißbildungen. Beschreibung eines solchen in der Münchener Frauenklinik beobachteten Falles. 26jährige Ipara. Familienanamnestisch keine Fehlbildung. Uterus am Graviditätsende etwa nur so hoch stehend wie im 7. Monat. Beim Touchieren oberhalb des Stirnbeins weiche Masse fühlbar, Austreibung glatt. Nachgeburt mittels Credé und manueller Kotyledonenentfernung. Beschreibung nebst Abbildung der 35 cm langen, 766 g schweren Frucht makroskopisch (das Nervensystem außerdem mikroskopisch). Bemerkungen über Physiologie, Geburtsschwierigkeiten, Entstehungsursache (bei obigem Falle unklar), Diagnose, Häufigkeit solcher Mißbildungen. v. Miltner (München).

28) **E. D. Truesdell. Weitere Beobachtungen über Geburtsfrakturen.** (Bull. of the Lying-in Hospital of the City of New York 1913. Juni.)

Unter 9000 Geburten kamen 14 Humerus-, 10 Clavicular- und 2 Femur-

Digitized by Google

frakturen zur Beobachtung. Die meisten ereigneten sich bei Wendungen. Alle sind solide geheilt. Deformitäten gleichen sich oft später noch aus; deshalb ist eine Refraktur der Knochen erst nach 2 Jahren vorzunehmen; ein früherer Versuch verspricht keine besseren Resultate als die erste Heilung. Vorzügliche Röntgenbilder. Jaschke (Gießen).

29) **L. W. Thomas** (Neuyork). **Über Totgeburten.** (New York med. journ. 1913. Bd. XLVIII. Nr. 9. p. 413.)

Statistische Studie über die Zahl, Ursachen, gesetzliche Anzeigepflicht usw. der Totgeburten in den Vereinigten Staaten. Schottelius (Hamburg).

30) **M. S. Reuben** (Neuyork). **Über Kindersterblichkeit.** (Med. record. Bd. LXXXIV. p. 236.)

Statistische Zusammenstellung der Todesursachen im 1. Lebensjahre und Besprechung der bekannten, den hohen Prozentsatz von 19,2 bedingenden Momente, die durch Schwangeren- und Wöchnerinnenschutz, hygienische Milchversorgung, Überwachung der Tageskrippen und Pflegekinder, sowie bessere Ausbildung der Hebammen behoben werden sollen. Schottelius (Hamburg).

31) **S. Kerness. Die Sterblichkeit der Kinder in den ersten 8 Tagen nach der Geburt und ihre Ursachen.** Inaug.-Diss., München, 1912.

Verf. benutzte als Material 242 Todesfälle in den ersten 8 Lebenstagen (146 Knaben, 93 Mädchen) unter 9610 vom 1. X. 1907 bis 1. X. 1911 in der Univ.-Frauenklinik München lebend geborenen Kindern (2,52%). Hiervon 181 Frühgeburten (74,8%), 61 rechtzeitige Geburten mit mindestens 48 cm Länge (25%). Von den Frühgeburten gestorben an Geburtsschädigung (Wendung) 6,6%, Schädigung durch Krankheit der Eltern, besonders der Mutter (Lues, Eklampsie, Plac. praevia, Tuberkulose) 13,3%, an Lebensschwäche (nach Bumm unzureichende Organausbildung für selbständige Lebensfortführung) 77,35%, Siebenmonatskinder meist in der Mitte der 1. Woche, Achtmonatskinder in ersten Tagen, Neunmonatskinder meist 6 Tage alt gestorben, ferner an Anomalien und postpartalen Krankheiten (offengebliebenes Foramen ovale, Struma, Atelektase, Bronchopneumonie, Konvulsionen) 2,76%. Nach rechtzeitigen Geburten gestorben an Geburtsschädigung (Wendung, Zange, besonders hohe Zange) 34,4%, Schädigung durch Krankheit der Eltern, besonders der Mutter (Tuberkulose, Nephritis, Eklampsie, Gonorrhöe, Lues) 18%, an Lebensschwäche 26,2%, an Anomalien und postpartalen Krankheiten (Mißbildung, Trachealstenose, Spina bifida, Konvulsionen, Eclampsia inf., Bronchopneumonie, Melaena) 13,1%. — Von kräftigen, gesund Geborenen sterben in den ersten 8 Tagen nur 1%. Verf. schließt mit einem Appell, die Kinderpflege noch weiter zu vervollkommnen, die äußeren Lebensbedingungen der Menschen zu verbessern. v. Miltner (München).

32) **M. A. Asserson** (Neuyork). **Ernährung kleiner Kinder.** (New York med. journ. Bd. XCVIII. p. 182.)

Elementare diätetische und hygienische Belehrungen über Notwendigkeit des Selbststillens und Versorgung großer Städte mit einwandfreier Kindermilch. Schottelius (Hamburg).

Originalmitteilungen und Referate für das Zentralblatt wolle man an *Prof. Dr. W. Stoeckel* in Kiel, Monographien, Sonderdrucke und Bücher-sendungen an *Prof. Dr. W. Stoeckel* oder an die Verlagshandlung von *Johann Ambrosius Barth*, Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. W. Stoeckel in Kiel.

Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Digitized by Google

Zentralblatt für Gynäkologie

begründet von HEINRICH FRITSCH

herausgegeben von

WALTER STOECKEL in Kiel.

37. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 49. Sonnabend, den 6. Dezember 1913.

Inhalt.

Originalien: I. **M. Hofmeier**, Zur Berichtigung. — II. **K. A. Herzfeld**, Über den Forceps intrauterinus Neuwirth's. — III. **C. Fleischmann**, Über den Forceps intrauterinus. — IV. **Brennecke**, Die Vereinigung zur Förderung der Wöchnerinnenasyle und ihre sozialhygienischen Bestrebungen.

Neue Bücher: 1) **Kaestner**, Entstehung der Doppelbildungen.

Berichte: 2) Geburtshilflich-gynäkologische Gesellschaft in Wien. **Kroph**, Blasenverletzungen bei Schwangeren. — **Lihotzky**, Zweieiige Zwillinge; rupturierte Ovariencyste; Karzinom. — **Thaler**, Uterusruptur. — **Frankl**, Tubenschwellung; Submuköses Myom. — V. **Mandl**, Krukenberg'scher Tumor; Abtreibungsversuch bei Extrauteringravidität.

Harnorgane: 3) **Bromberg**, Funktionelle Nierendiagnostik. — 4) **Legueu und Papin**, Pyelographie. — 5) **Joergensen-Wedde**, Pyelitis gravidarum. — 6) **Payne und MacNider**, Hämaturie. — 7) **Hirano**, Hypernephrom. — 8) **Furniss**, Nierensteine. — 9) **Pedersen**, Topographie der Blase. — 10) **Luys**, Cystoskopische Lithotrypsie. — 11) **Braun**, Ectopiae vesicae. — 12) **Legueu**, Blasenscheidenfisteln. — 13) **Wenzel**, Blasenblutungen, — 14) **v. Engelhardt**, Karzinom der Harnröhre. — 15) **Geiringer**, Irrigationsurethroskop.

Radiologie: 16) **Levy-Dorn**, Radioaktivität. — 17) **Hertwig**, Radiumbiologie. — 18) **Latzko und Schüller**, 19) **Wertheim**, 20) **Sigwart u. Händly**, 21) **Lazarus**, 22) **Keetmann**, 23) **Löwenthal**, 24) **Werner**, 25) **Krukenberg**, 26) **Lange**, 27) **Pusey**, 28) **Laquerrière**, 29) **Lacassagne**, 30) **Eben**, Strahlentherapie. — 31) **Childs und Spitzer**, Röntgendiagnostik.

Ovarium: 32) **Voronoff**, Eierstockspfropfungen. — 33) **Keller**, Ovarialfunktion. — 34) **Patel**, Ruptur von Ovarialcysten. — 35) **Adachi**, Knochenbildung im Corpus albicans. — 36) **Winter**, 37) **MacCarty und Sistrunk**, 38) **Willems**, 39) **v. Zeynek u. Alseder**, 40) **Jacobson**, Ovarialgeschwülste.

I.

Zur Berichtigung.

Von

M. Hofmeier (Würzburg).

In Nr. 45 dieses Blattes findet sich ein Artikel von Herrn Dr. Neuwirth über den Forceps intrauterinus, der mich zu einigen Worten der Erwiderung nötigt. Der Leser, welcher der Verhandlung in Wien nicht beigewohnt hat, könnte hiernach glauben, ich hätte mich beifällig zu dem Vorschlag des Herrn Neuwirth ausgesprochen, um so mehr, da Herr Neuwirth bereits an einer anderen Stelle eine ähnliche Notiz veröffentlicht hat und einem der Referenten, wie mir dieser mitteilte, eine gleichlautende Berichtigung zugesandt hat. Im Interesse der Sache halte ich es deshalb doch für wünschenswert, hier nochmals nachdrücklich zu erklären, daß ich selbstverständlich dem Vorschlag des Herrn Neuwirth absolut ablehnend gegenüberstehe. Wie das Mißverständnis entstehen konnte, ist mir freilich nicht recht erklärlich. Wenn ich nach den sehr nachdrücklichen Abweisungen durch die Herren Herzfeld und Fleischmann mich etwas anders äußerte, so habe ich doch — ohne überhaupt auf Einzelheiten einzugehen — mich dahin ausgesprochen, daß ich bei einer größeren Verbreitung der Vorschläge des Herrn

Digitized by Google

Neuwirth befürchte, »daß die Zahl der menschlichen Ruinen sich noch in erschreckender Weise vermehren würde«. Ich glaubte, dies sei deutlich genug. Da dies aber nicht der Fall gewesen zu sein scheint, so möchte ich es hier noch einmal nachdrücklich wiederholen.

II.

Über den Forceps intrauterinus Neuwirth's.

Von

Prof. Dr. Karl A. Herzfeld in Wien.

In Nr. 37 des heurigen Jahrganges des Zentralblattes für Gynäkologie erschien ein Artikel »Über den Forceps intrauterinus« von Dr. Karl Neuwirth in Wien, der bei allen Geburtshelfern der Wiener Schule wegen seines bedenklichen Inhaltes Aufsehen erregte. In der Sektion für Geburtshilfe und Gynäkologie der Wiener Naturforscherversammlung hat Dr. Neuwirth seinen Artikel wieder vorgelesen. In der darauf folgenden Diskussion haben, wie das in Nr. 41 des Zentralblattes für Gynäkologie erschienene Referat beweist, die Herren Herzfeld, Fleischmann, Hofmeier, Sellheim und Hammerschlag den Vorschlag Neuwirth's einstimmig unter dem Beifalle des Auditoriums abgelehnt. Im Schlußwort zu dieser Diskussion sprach Neuwirth einige Sätze, ohne irgendeinen gemachten Einwurf entkräften zu können. Und nun erscheint in Nr. 45 des Zentralblattes für Gynäkologie ein Artikel Neuwirth's »Über den Forceps intrauterinus«, der in verschiedener Hinsicht die schärfste Zurückweisung erfordert. Es ist zunächst absolut den Tatsachen widersprechend, wenn Neuwirth in diesem Artikel behauptet, es sei ihm keine Gelegenheit geblieben, den »oppositionellen« Rednern zu entgegnen. Er hatte dazu von unserem verehrten Vorsitzenden, Herrn Schauta, Zeit genug bekommen. Er brauchte aber mehr Zeit zur Vorbereitung seiner Antwort und so erschien dieselbe 5 Wochen später im Zentralblatt. Sapienti sat! Wie sieht nun diese Antwort aus? Herr Neuwirth führt als klassischen Zeugen für die Zulässigkeit des Forceps intrauterinus niemand Geringeren an als Bumm und will durch ein Zitat aus Bumm's bekanntem Lehrbuche seine Gegner schlagen.

Ich muß es nun als wissenschaftlich unzulässig bezeichnen, wenn man bei einer solchen Zitierung einen Satz zur Hälfte zitiert, mit einem Punkte versieht und die andere wichtigere Hälfte des Satzes wegläßt, weil diese weggelassene Hälfte das Gegenteil dessen enthält, was man beweisen will. Herr Neuwirth zitiert aus Bumm's Lehrbuch: »Die Löffel der Zange lassen sich schon bei etwas über fünfmarkgroßem Muttermunde einschieben.« und will mir daher beweisen, wie ich unrecht hatte. Der Satz in v. Bumm's Lehrbuch lautet aber in Wahrheit: »Die Löffel der Zange lassen sich schon bei etwas über fünfmarkgroßem Muttermunde einschieben, und für den Durchtritt des Kopfes können Inzisionen in den Saum des Orificium Platz schaffen, die vor Beginn der Extraktion gemacht werden. Dabei riskiert man freilich ein zuweilen recht tiefgehendes Weiterreißen der Schnitte und schwere Blutungen.« Kurz in Bumm's Lehrbuch steht das, was ich und nach mir Fleischmann, Hofmeier und Sellheim behauptet haben, wobei wir hinzufügten, daß etwa notwendig werdende Inzisionen in den Muttermund noch immer weniger gefährlich sind als die durch die mittels des Forceps intrauterinus stattfindende Dehnung bewirkten Einrisse. Eine solche Art der Diskussion ist doch wohl eine absolut unstatthafte. Herr Neuwirth behauptet, es seien Jongleurkünste nötig, um

Digitized by Google

seinen Forceps einführen zu können. Er möge die Jongleurkünste bei seinen Patientinnen anwenden, wenn er es mit seinem Gewissen vereinbaren kann, solche Jongleurkünste in der Debatte müssen aber in einem Blatte vom Range des »Zentralblattes für Gynäkologie« sofort aufgedeckt werden. Es ist nicht meine Sache, die Herren Hofmeier und Sellheim gegen den Beifall, den ihnen Herr Neuwirth spendet, in Schutz zu nehmen; Tatsache ist, daß die beiden erwähnten Lehrer der Geburtshilfe in der Ablehnung des Neuwirth'schen Vorschlages denselben Standpunkt einnahmen, wie alle anderen Redner. Und noch ein Wort, das einer Herzenssache entspricht: Unser Chrobak ist leider tot, er kann sich dagegen nicht mehr wehren, daß sein Name mißbraucht wird; wir aber, die wir ihn gekannt und verehrt haben, wir können nicht laut genug dagegen protestieren, daß sein Name herangezogen wird, — und zwar unberechtigt —, um eine schlechte Sache zu decken. Wenn ich mich mit der »wissenschaftlichen« Seite der Frage nicht mehr beschäftige, so gibt mir das Recht hierzu ein Artikel, der aus Neuwirth's allzu produktiver Feder in die Nr. 38 der »Münchener medizinische Wochenschrift« unter dem Titel »Pituitrin in der Eröffnungsperiode« geflossen ist. Der freundliche Leser dieses Artikels wird bei der Lektüre eine heitere Minute haben und wird verstehen, warum ich mich mit Herrn Neuwirth's Wissenschaft nicht mehr befasse.

III.

Bemerkungen zu Neuwirth: „Über den Forceps intrauterinus" in Nr. 45 d. Blattes.

Von

Dr. Carl Fleischmann, Wien.

Ich habe geglaubt, daß Herr Neuwirth mit dem unzweideutigen Erfolge seines Vortrages: »Über die Technik des hohen Forceps bei nicht verstrichenem Muttermunde ohne Hysterostomatomie« auf der diesjährigen Naturforscherversammlung zufrieden sein und weitere Erörterungen über dieses Thema vermeiden wird. Da aber Herr Neuwirth in Nr. 45 dieses Blattes einige Aufklärungen von meiner Seite wünscht, bin ich gern dazu bereit.

»Ist dem Herrn eine Bandl'sche Furche noch zu wenig?« fragt Herr Neuwirth. Viel zu wenig, um damit allein die Ausführung einer außerordentlich gefährlichen Operation wissenschaftlich zu rechtfertigen. Ich habe ja nicht eine genaue Beckenmessung verlangt, aber Angaben über das Allgemeinbefinden der Gebärenden, über Größenverhältnisse des mütterlichen Beckens und des kindlichen Schädels, über den Stand des letzteren im Beckenkanale, Verhalten der runden Bänder, über Dauer, Stärke und Aufeinanderfolge der Wehen sind wohl notwendig, um die Anlegung einer hohen Zange zu begründen.

Herr Neuwirth kennt bisher keine Beschreibung der Zangenoperation im Sinne seiner Ausführungen. Ich auch nicht, und zwar deshalb, weil kein Lehrer der Geburtshilfe und kein Praktiker seine Vorschläge annehmen kann. Meine Bemerkung, sein Vorschlag enthalte nichts Neues, bezieht sich ausschließlich auf die Anlegung der Zange bei fixiertem Kopf, wie für jedermann aus dem Verhandlungsberichte ersichtlich ist. Ich erkläre neuerdings, daß das Gute in Herrn Neuwirth's Ausführungen alt, das Neue schlecht ist. Da selbst unter den erfahrensten

Digitized by Google

Geburtshelfern kaum einer die Jongleurkunst Neuwirth's bei Einführung des Forceps intrauterinus besitzen und über eine geburtshilflich so »fein abgetönte Hand« verfügen dürfte, um Elastizitätsgrenze und Elastizitätsgröße des unteren Gebärmutterabschnittes genau abzuschätzen, wird wohl nichts anderes übrig bleiben, als in jedem einschlägigen Falle die Hilfe Herrn Dr. Neuwirth's zu erbitten.

IV.

Noch einmal:

Die Vereinigung zur Förderung der Wöchnerinnenasyle und ihrer sozialhygienischen Bestrebungen.

Erwiderung an Dr. Ekstein

Von

Dr. Brennecke, Magdeburg.

Daß die am 13. Mai a. c. erfolgte Konstituierung einer zwanglosen Vereinigung zur Förderung der Wöchnerinnenasyle und ihrer sozialhygienischen Bestrebungen nicht ohne Widerspruch bleiben werde, war vorauszusehen. Daß aber gerade Dr. Ekstein, der sich wie kaum ein zweiter in Österreich um die Hebung des Hebammenwesens bemüht hat, unser Vorgehen mißbilligen zu müssen glaubt, hat mich doch etwas überrascht und gewundert. Führt sich sein Widerspruch doch wesentlich darauf zurück, daß auch er noch immer glaubt, das uns allen gemeinsame Ziel der Gesundung der geburtshilflichen Ordnung oder — wie er es nennt — der »Modernisierung der Geburts- und Wochenbettshygiene« stehe und falle mit einem intelligenten und wissenschaftlich auf der Höhe befindlichen geburtshilflichen Beistand, und daß er eben deshalb meint, es müsse unsere erste und zunächst einzige Aufgabe sein, das Hebammenwesen an und für sich zu heben. Auf dies Ziel gelte es, vereint loszumarschieren und vereint die hohe Staatsregierung aus ihrer passiven Resistenz herauszubringen. Ekstein sagt ausdrücklich: »Ist dies Ziel erreicht, besitzen wir ein auf der Höhe stehendes Hebammenwesen, dann kann der nächste Schritt getan werden — die Förderung der Wöchnerinnenasyle mit ihrer ganz wesentlich sozialhygienischen Bedeutung — sowie den übrigen Fragen der ganzen Geburts- und Wochenbettshygiene nähergetreten werden.«

Hier scheiden sich unsere Wege. Ich bin gewiß der letzte, der die grundlegende Bedeutung eines zuverlässigen Hebammenstandes verkennt. Wieder und immer wieder aber muß ich der Meinung, man könne eine Gesundung des Hebammenwesens ohne gleichzeitige energische Förderung der mit den Wöchnerinnenasylen begonnenen sozialhygienischen Maßnahmen jemals erreichen, als einem verhängnisvollem, die Entwicklung nur hemmendem Irrtum mit aller Entschiedenheit entgegentreten. Es ist unmöglich, einen zuverlässigen und durchweg auf der Höhe stehenden Hebammenstand zu gewinnen und auf der Höhe zu erhalten, so lange man ihm die Hilfe versagt, deren er bei Ausübung seines Berufes unter den schwierigen, oft den elementarsten Forderungen der Hygiene spottenden Verhältnissen im häuslichen Betrieb der Geburtshilfe in den niederen Volkskreisen unbedingt bedarf. Auch der beste Wille der bestgeschulten Hebammen wird an den Verhältnissen der Proletariergebärzimmer immer wieder erlahmen und scheitern müssen, auch wenn es je gelingen könnte, einen wirklich intelligenten und wissenschaftlich auf der Höhe stehenden Hebammenstand in solche geburtshilf-

Digitized by Google

liche Praxis hineinzuzwingen. Sorgt man aber dafür, daß den Hebammen mit ihren irgendwie bedürftigen Schwangeren, Kreißenden, Wöchnerinnen und Säuglingen überall in Stadt und Land Wöchnerinnenasyle als Zufluchts- und Beratungsstellen offen stehen, die es ihnen ermöglichen, jederzeit aus der Ungunst der häuslichen Verhältnisse zu flüchten, — sorgt man dafür, daß überall eine Organisation der Frauenhilfe Platz greift, die mit ihren Helferinnen, geschulten Wochen- und Säuglingspflegerinnen, Hauspflegerinnen, Wanderkörben und ähnlichem mehr immer bereit steht, den Hebammen zur Überwindung der sich ihnen tausendfach in der Praxis entgegenstellenden hygienischen Schwierigkeiten und Notständen behilflich zu sein, — dann, aber auch nur dann wird es möglich sein, auf Grund gesetzlicher Neuordnung einen Hebammenstand zu schaffen, der sich willig und verständnisvoll als ein dienendes Glied neben anderen Gliedern einfügt in den großen sozialen Organismus der Geburts-, Wochenbetts- und Säuglingshygiene. Versucht man es weiter nach dem jetzt wieder von Ekstein empfohlenen Rezept, zunächst nur einseitig alle Kraft auf die Hebung des Hebammenstandes für sich allein zu wenden, so jagt man einer in Wolkenkuckuksheim gelegenen Utopie nach. Man wird dann weder den Hebammenstand auf die notwendige Höhe bringen, noch auch den geburts- und wochenbettshygienischen Notständen des Volkes mit irgendwelcher Sicherheit wehren können, — am allerwenigsten, wenn man auch fernerhin noch an dem grundfalschen Prinzip des freien Gewerbebetriebes in der Geburtshilfe festhalten möchte. So kann man wohl, — wie jetzt schon jeder Sehende es sieht — einige bessere, ja auch vorzügliche Hebammen für die oberen Volksschichten gewinnen — für die große Masse des armen Volkes aber behält man ein mehr oder weniger unzuverlässiges, sich mit dem Elend der Armen ohne große Gewissensskrupel abfindendes Hebammenproletariat. Durchweg gute Hebammen, die wir gerade für die Masse des Volkes so dringend benötigen, kann man nur dann gewinnen, wenn das Problem in seinem vollen Umfange erfaßt und mit Entschlossenheit angepackt wird — wenn man nicht einseitig Reform des Hebammenwesens, sondern Reform der geburtshilflichen Ordnung betreibt, — wenn man dem zu schaffenden guten Hebammenstande auch Gewähr leistet, allen Schwierigkeiten im häuslichen Betrieb der Geburtshilfe auch unter den jämmerlichsten Verhältnissen mit Hilfsmitteln aller Art gewappnet entgegentreten zu können, — und wenn man zur Erreichung dieses hohen, im völkischen Interesse gebotenen Zieles sich auch nicht scheut, den alten Götzen des freien Gewerbebetriebes in der Geburtshilfe in Trümmer zu schlagen und die Geburtshilfe von den niederen Instinkten des Erwerbslebens und der Gewinnsucht zu säubern. Daß solch ein durchgreifender Wandel des Hebammenwesens und der ganzen geburtshilflichen Ordnung sich nicht ohne Reibung und scharfe Konflikte mit der bestehenden Ordnung vollziehen kann, versteht sich von selbst. Und es kann nicht Wunder nehmen, wenn die Hebammen und die Hebammenlehrer, als der alten Ordnung fest eingefügt, und wenn die Behörden, als die berufenen Hüter der bestehenden Verhältnisse, sich nur zögernd mit dem Werden der neuen, von gesundem sozialen Sinne getragenen Ordnung befreunden können.

Wer es aber mit der Reform des Hebammenwesens und der Gesundung der geburtshilflichen Ordnung ernst meint, wird sich dadurch nicht beirren lassen und wird kein Bedenken tragen können, die Reihen unserer Vereinigung zu stärken und unser umfassendes Reformprogramm mit aller Kraft fördern zu helfen. Schon im Jahre 1898 äußerte ich mich[1] über diese unvermeidlichen Konflikte im Ver-

[1] Siehe »Handbuch der Krankenversorgung und Krankenfürsorge« von Dr. Liebe,

Digitized by Google

laufe der geburtshilflichen Reformbewegung mit folgenden Worten: »Hart stoßen die vermeintlich gefährdeten Sonderinteressen des Hebammenwesens und die Interessen der öffentlichen Gesundheitspflege im Wöchnerinnenasyl aufeinander. Wie wird der Kampf enden? Wie und wo ist ein Ausgleich zu finden? Da die Wöchnerinnenasyle mit Naturnotwendigkeit aus dem Bedürfnis erwachsene, soziale Wohlfahrtsanstalten sind, so unterliegt es keinem Zweifel, daß sie sich trotz aller Anfeindung der Hebammen und mancher Ärzte stetig und unaufhaltsam weiter entwickeln werden. Immer entschiedener wird es sich zeigen, daß nicht die Wöchnerinnenheime, sondern das sich im Konkurrenzgetriebe aufreibende und depravierende Hebammenwesen vom Übel sind. Und je mehr sich in den Städten Wöchnerinnenasyle erheben, um so dringender und um so selbstverständlicher erhebt sich mit ihnen die Forderung nach einer Reform eben dieses, die Wirksamkeit der Asyle lähmenden und die Hygiene schädigenden Hebammenwesens, — nach einer Reform, die einen Geburtshelferinnenstand schafft, der fähig und willig ist, an den Aufgaben der öffentlichen Gesundheitspflege mitzuwirken, der neidlos und ohne Furcht vor Konkurrenz zu den Wöchnerinnenheimen als zu segensreichen, auch ihn selbst fördernden Instituten aufzublicken vermag. Die Zeit wird kommen, da die Wöchnerinnenasyle, als Zentren der Geburts- und Wochenbettshygiene erfaßt, auch mit dem heutigen Hebammenwesen werden abzurechnen haben. Dann wird es sich zeigen, daß das ursprünglich so kleine und unansehnliche Wöchnerinnenheim schließlich doch den großen Plan — die Reform des Hebammenwesens oder richtiger die Reform der gesamten Geburts- und Wochenbettshygiene — durchzuführen die Kraft hatte.«

Die Zeit der Abrechnung ist gekommen. Die Zahl der Wöchnerinnenasyle und öffentlichen Entbindungsanstalten — der gewiesenen Zentren einer wohlorganisierten Geburts- und Wochenbettshygiene — mehrt sich von Jahr zu Jahr, trotz allen Widerstrebens des in freier Konkurrenz arbeitenden gewerblichen Hebammenstandes. Die Position der auf Erwerb ausgehenden Hebamme wird um so schwieriger, je entschiedener die Neigung der Frauen, Geburt und Wochenbett in einer Anstalt abzuwarten, nicht nur in der ärmeren, sondern in allen Volkskreisen wächst. Dem gewerblichen Hebammenstande bleibt das ein Dorn im Auge; er sieht sich dadurch die ohnehin spärliche Butter vom Brote genommen. Die beruflich als Beamtete arbeitende Geburtshelferin aber wird solche Entwicklung nur willkommen heißen können und wird sie im Dienst der Hygiene freudig zu fördern wissen. Und nun, — da die mit den Wöchnerinnenasylen angebahnte geburtshilfliche Sozialreform anfängt, fühlbar und greifbar auf eine Neugestaltung des längst überlebten, hygienisch so verhängnisvollen, gewerblichen Hebammenwesens hinzudrängen, — nun sollten wir nach Ekstein die wesentlichste Triebfeder zur Förderung dieser Neugestaltung, die Propaganda für Wöchnerinnenasyle und deren sozialhygienische Bestrebungen, hübsch beiseite stellen und sollten uns genügen lassen an den alten wohlbekannten, noch immer vergeblich gebliebenen, ganz einseitigen Bemühungen um die Hebung eines Hebammenwesens, das doch ohne die innigsten Beziehungen zu eben jenen anderen sozialhygienischen Organisationen gar nicht lebensfähig und lebenswert ist?! Ich kann es kaum glauben, daß der alte, verdiente Mitkämpfer Ekstein im Ernst und auf Grund reiflicher Überlegung solchen Rat zu geben vermag. Es liegt uns wahrlich fern, die Begründung unserer Vereinigung aus purer Freude an der Vereinsmeierei zu be-

---

Dr. Jacobsohn und Dr. Meyer. Bd. I. p. 587, — in meinem Artikel über »Sonderkrankenanstalten und Fürsorge für Frauen«.

Digitized by Google

treiben. Das ist niemals meine Sache gewesen. Hier handelt es sich um ernstere Dinge, — um die Verfolgung und Ausgestaltung eines Reformplanes, der mir seit Beginn meiner ärztlichen Tätigkeit auf der Seele brennt, — dessen Verwirklichung mit aller Kraft anzustreben, mir nicht kleinliche Eitelkeit, sondern Pflicht und Gewissen gebietet. Es liegt uns auch fern, die Kreise der Vereinigung deutscher Hebammenlehrer irgendwie stören zu wollen. Was von der letzteren angestrebt wird, gehört ja durchaus auch zu unserem Programm. Wir gehen aber darüber hinaus und wollen uns darüber klar bleiben, daß die erstrebte Gesundung des Hebammenwesens nur im Rahmen einer umfassenden, sozialhygienischen Neuordnung der ganzen geburtshilflichen Verhältnisse erreicht werden kann. Und da die Vereinigung deutscher Hebammenlehrer bei der Begründung vor 12 Jahren unser schon damals entwickeltes Programm ablehnte und bisher sich fast ausschließlich um die Reform im engen Kreis des Hebammen- und Hebammenschulwesens mühte, so war ein Zusammenschluß aller derjenigen Kräfte, die auf eine durchgreifende Reform nicht nur des Hebammenwesens, sondern der ganzen geburtshilflichen Ordnung hinzielen, durchaus geboten und nachgerade wohl zeitgemäß. Von einem Affront gegen die Vereinigung der Hebammenlehrer kann dabei nicht die Rede sein. Jedenfalls wissen wir uns von solcher Absicht völlig frei, und nur ein bedauerlicher Zufall ist es, daß die schon Monate zuvor von Pulvermacher betriebene Begründung unserer Vereinigung mit dem Austritt der Kliniker aus der Vereinigung der Hebammenlehrer zusammentraf. Die Mitglieder unserer Vereinigung werden, — wie ich glaube versichern zu dürfen, — gern zu einer Fusion mit der Vereinigung deutscher Hebammenlehrer bereit sein, — aber nur unter der Voraussetzung, daß unser wesentlich weiter schauendes Programm zur Grundlage der in Zukunft etwa gemeinsamen Arbeit gemacht wird. Andernfalls müssen wir es für richtiger halten, getrennt zu marschieren und gelegentlich vereint zu schlagen. Ich hege aber die Hoffnung, wie ich es in meinem früheren Artikel schon aussprach, daß unser von der Entwicklung der Verhältnisse gebotenes Programm Zugkraft genug haben wird, um mit der Zeit unserer Vereinigung nicht nur zahlreiche Geburtshelfer, sondern auch die mit uns den gleichen Zielen zuringenden Kinderärzte und auch die Vertreterinnen sozialhygienisch interessierter Frauenvereine zuzuführen. Wir erwarten in Ruhe die weitere Entwicklung der Dinge und werden gern bereit sein, vom Kampfplatz des Vereinslebens zurückzutreten, sobald jemand kommt, der uns ein besseres Programm als das unsere zur Förderung der seit Jahrzehnten viel beklagten geburtshilflichen Verhältnisse zu bieten vermag. Das Programm Ekstein's können wir als solches nicht gelten lassen.

Neue Bücher.

1) **S. Kaestner (Leipzig). Die Entstehung der Doppelbildungen des Menschen und der höheren Wirbeltiere.** (Sammlung anat. und physiol. Vorträge u. Aufsätze, herausgeg. von Gaupp und Trendelenburg, Hft. 18. Jena 1912.)

Eine Zusammenstellung der Grundlagen des heutigen Wissens über die Entstehung der Doppelbildungen, wobei die formale und kausale Genese derselben erörtert wird. Besonders eingehende Behandlung wird den Erscheinungen und Vorgängen beginnender Doppelbildungen in den jüngsten Embryonalstadien zuteil. Verf. weist darauf hin, daß in diesen Fragen Analogieschlüsse von den höheren Wirbeltieren auf den Menschen, bei dem jüngste Entwicklungsstadien von Doppel-

Digitized by Google

bildungen bisher völlig unbekannt geblieben sind, nur mit größter Vorsicht zulässig sind, da ja gerade der Ablauf der frühesten Entwicklungserscheinungen des befruchteten Eies hier großen Verschiedenheiten unterworfen ist.

Die Entstehung der Doppelbildungen beim Menschen dürfte nicht immer in völlig gleichen Zeitpunkte embryonaler Entwicklung vor sich gehen. Doppelbildungen können wahrscheinlich aus zweikernigen, doppeltbefruchteten Eizellen hervorgehen, ebenso wie aus einer Eizelle und ihrem abnorm großen befruchteten Richtungskörperchen. Auch dürfte endlich noch nach der erfolgten Befruchtung durch abnorme Teilungsvorgänge und dementsprechende Entstehung zweier Bildungszentren die Möglichkeit zur Doppelbildung gegeben sein.

B. Ottow (Dorpat).

Berichte aus gynäkologischen Gesellschaften.

2) Geburtshilflich-gynäkologische Gesellschaft in Wien.

Sitzung vom 11. März 1913.

Vorsitzender: Piskacek; Schriftführer: Pok.

I. Kroph: Blasenverletzungen bei Schwangeren.

Meine Herren! Ich erlaube mir, Ihnen die Präparate zweier Fälle von Blasenverletzungen zu demonstrieren, die an der II. Frauenklinik Prof. Wertheim's zur Beobachtung kamen.

Das eine Präparat stammt von einem 26jährigen Mädchen, das am 26. August 1912 (Pr.-Nr. 2646/1912, Rosalie M.) mit der Diagnose »geplatzte Extrauterinschwangerschaft« in die Ambulanz der Klinik gebracht wurde.

Die Pat. war schwer kollabiert, der Puls kaum fühlbar, die Zunge trocken, das Abdomen aufgetrieben, überall gleichmäßig druckempfindlich, und freie Flüssigkeit in der Bauchhöhle nachweisbar. Kolostrum war in beiden Brüsten vorhanden, der Uterus entsprechend einer Schwangerschaft im 3. Lunarmonat vergrößert. Das hintere Scheidengewölbe stark vorgewölbt. Aus der Harnblase wurden durch vorsichtigen Katheterismus ca. 30 ccm einer rotbraunen stinkenden Flüssigkeit entleert. Im Sediment derselben waren zahlreiche Leukocyten und Erythrocyten, keine renalen Elemente nachweisbar.

Anamnestisch wurde erhoben, daß die bis nun vollkommen gesunde Pat., die vorher nie schwanger gewesen war, die letzte Menstruation im Mai d. J. hatte. In der vergangenen Nacht hatte sie das Kirchweihfest in ihrem Heimatsdorf in intensiver Weise gefeiert und dabei reichlich Alkohol genossen. Am Morgen des 26. hob sie ein Schaff mit Wasser, indem sie dasselbe über der Symphyse am Beckengürtel aufstützte. Gleich nachher habe sie heftige Schmerzen im Unterleib gespürt und mehrmals erbrochen. Der gerufene Arzt fand die Pat. schwer kollabiert und schickte sie mit der früher angegebenen Diagnose in die Klinik.

Bei der rasch vorgenommenen hinteren Kölio tomie entleerte sich im Strahle seröse, mit Fibrinflocken gemengte Flüssigkeit.

Auf Grund der Untersuchung wurde die Diagnose diffuse Peritonitis bei bestehender intrauteriner Gravidität gestellt und dabei an die Wahrscheinlichkeit eines Versuches der Fruchtabtreibung gedacht.

Die zur Vornahme der Laparotomie sofort in den Operationssaal gebrachte Pat. kam aber trotz der reichlichen Analeptika (Digalen- und Kampfer-Ätherinjektionen) ca. 12 Stunden nach Beginn der Erkrankung zum Exitus, bevor die Operation vorgenommen werden konnte.

Die gerichtlich vorgenommene Autopsie ergab eine diffuse Peritonitis (in

Digitized by Google

der Bauchhöhle gelblich gefärbte, stinkende Flüssigkeit und fibrinös-eitriger Belag der injizierten Darmschlingen) und als Ursache derselben einen im frischen Zustande 8 cm langen, intraperitonealen Riß der Harnblase oben und hinten. Der Uterus vollkommen intakt im 3. Monate schwanger. Auch der Obduzent dachte anfangs mit Rücksicht auf die glatten Ränder des Risses an eine kriminelle Ursache des Entstehens des Risses bei dem Versuche einer Fruchtabtreibung, wobei das zu diesem Zwecke verwendete Instrument versehentlich in die Blase statt in den Uterus eingeführt worden wäre.

Am Präparat sieht man die stark erweiterte Harnblase mit etwas hypertrophischer Wand, an der Kuppe ist der am gehärteten Präparat noch über 5 cm lange, schräg, etwas von links vorn nach rechts hinten verlaufende scharfrandige Riß, an der typischen Stelle der intraperitonealen Risse zu sehen.

Ich habe mir erlaubt, diesen Fall zu demonstrieren, da Blasenrupturen bei Frauen im allgemeinen verhältnismäßig selten (nach Nitze und Sonnenburg nur in 10% der Fälle) vorkommen, bei Graviden (abgesehen von Kombinationen mit Uterusrupturen) Raritäten sind.

Prädisponierende Momente waren die bekannten typischen. Der starke Füllungszustand der Blase und der Abusus von Alkohol, der nach Bartels die Elastizität und den Tonus der Gewebe herabsetzt und nach Bisley eine Herabsetzung der Empfindlichkeit und dadurch ermöglichte Überdehnung der Blase zur Folge hat.

Vielleicht hat aber auch die Auflockerung der Gewebe, wie sie in der Gravidität auftritt, ein begünstigendes Moment zur Entstehung der Ruptur abgegeben. Das Trauma, welches die Ruptur hervorrief, war kein sehr hochgradiges, denn das Heben eines solchen Wasserschaffes wurde von der Pat., die Magd war, sicher unzählige Male vorher ausgeführt. Es können aber noch viel geringere Traumen eine Ruptur der Blase herbeiführen, wie ein von Témoin veröffentlichter Fall beweist, der eine Harnblasenruptur bei einem 30jährigen Manne beschreibt, die durch das Herabheben eines 8jährigen Kindes von einem Wagen entstand.

Bezüglich der Diagnose möchte ich noch bemerken, daß wegen des fehlenden Harndranges und infolge der Angabe des Arztes, daß die Pat. am Tage noch spontan urinieren konnte, sowie durch das Vorhandensein einer, wenn auch geringen und bräunlich verfärbten Harnmenge in der Blase an eine Ruptur der Blase nicht gedacht wurde. Bei der mikroskopischen Untersuchung fand sich nur eine geringgradige Rundzelleninfiltration in der Submucosa, keine auffallende Verminderung der elastischen Fasern.

Das Präparat des zweiten Falles stammt von einer 33jährigen Frau, die am 16. III. 1908 (Pr.-Nr. 773/1908, Marie H.) ca. 24 Stunden nach der Entbindung mittels Forceps, der von einem Arzte außerhalb der Klinik gemacht worden war, zur Aufnahme kam.

Die Pat. hatte einen stark aufgetriebenen Bauch, Hochstand des Zwerchfells, Flankendämpfung und Schallwechsel, keine auffallende Schmerzhaftigkeit, kein Erbrechen, kein Singultus, die Zunge wenig belegt, eine Temperatur von 36,8 und einen Puls von 120, dabei kräftig und äqual. Der letzte Stuhl vor 2 Tagen, die letzten Winde waren vor 24 Stunden abgegangen. Bald nach der Entbindung trat Meteorismus und mehrmaliges Erbrechen auf.

Es wurde zunächst an eine Ruptur des Uterus gedacht; die genaue Untersuchung ergab nur einen Dammriß und zwei Scheidenrisse, aber keine Verletzung des Uterus. Durch Katheterismus wurden ca. 20 ccm einer trübwolkigen,

Digitized by Google

leicht hämorrhagischen Flüssigkeit entleert. Auf hohe Irrigation kein Stuhl zu erzielen; bei der Ausheberung des Magens wird reichlich schwärzlicher, dünnflüssiger Inhalt entleert. In der Annahme, daß es sich um eine innere Inkarzeration handle, wird die Pat. auf eine chirurgische Klinik transferiert, woselbst sofort die Laparotomie gemacht wurde. Bei derselben fand sich viel klare Flüssigkeit im Bauche. Die Därme stark gebläht und injiziert, zum Teil fibrinös belegt, ein Ausgangspunkt der Peritonitis wurde nicht gefunden. Auswaschen der Bauchhöhle mit physiologischer Kochsalzlösung, Toilette und Drainage derselben, Einlegen eines Verweilkatheters in die Blase. 24 Stunden nach der Operation Exitus.

Bei der Autopsie fand sich links am Blasenfundus eine 3 mm breite Perforationsöffnung, die Blase kontrahiert.

Die nachträglich eingeholten Informationen bei dem Arzte, der den Forceps gemacht hatte, ergaben, daß dieser vor dem Anlegen der Zange mit einem starren Katheter, ohne daß er angeblich Gewalt verwendete, katheterisiert hatte.

Nach der Entbindung konnte die Frau nicht mehr urinieren und auch ein zweimaliger Versuch des Arztes, mit dem Katheter Harn zu entleeren, blieb erfolglos. Drang zum Urinieren hatte die Pat. nicht.

Wenn ich mich über die Ursachen der Perforation äußern soll, so möchte ich einerseits den Umstand, daß ein starrer Katheter verwendet worden war, beschuldigen, andererseits die Möglichkeit ins Auge fassen, ob nicht die Blase schon spontan entleert und kontrahiert, sich vielleicht während einer Wehe geradezu selbst an dem Katheter aufgespießt hat. Bei der Auflockerung des Gewebes, die ja am Ende der Schwangerschaft noch viel hochgradiger ist als am Beginn, genügte der durch die Wehe zwischen Kopf und Symphyse fixierte Katheter, um die Perforation zu erzeugen. In diesem Falle wurde bei der mikroskopischen Untersuchung ebenfalls keine Verminderung der elastischen Fasern nachgewiesen; auch eine Rundzelleninfiltration fehlte.

Es wäre nur wieder dringendst die Mahnung zu erneuern, daß ein Katheterismus während der Geburt nur mit weichem oder halbweichem Katheter auszuführen ist.

II. Lihotzky: a. Zweieiige Zwillinge.
b. Ruptupturierte Ovariencyste.
c. Zweimalige Erkrankung an Karzinom.

Diskussion. Fabricius: Ich möchte kurz einen Fall erwähnen, der mir untergekommen ist. Er betraf die Schwester eines Künstlers, die vor 5 Jahren zu mir kam und ein ausgedehntes Karzinom der Mamma sowie geschwellte Achseldrüsen hatte, die von mir mit dem Karzinom der Brust entfernt wurden. Nach weiteren $1^1/_2$ Jahren kam Pat. wieder mit einem Epitheliom der Portio, worauf ich die Totalexstirpation des Uterus ausführte. Das eine war ein Drüsen-, das andere ein Plattenepithelkarzinom. Die Frau ist heute noch gesund. Auch die Totalexstirpation ist gut gelungen, und auch von da aus sind keine Metastasen zu konstatieren, auch kein lokales Rezidiv. Der Fall ist dem von Lihotzky vorgestellten ganz ähnlich und ich muß annehmen, daß die Frau zweimal an Krebs erkrankt war. Übrigens muß man in bezug auf die Diagnose Metastase sehr vorsichtig sein. Mir sind wiederholt Fälle untergekommen, wo der primäre Herd einfach nicht erkannt werden konnte. So wurde mir einmal eine Frau behufs Amputation des Unterschenkels zugeschickt; ich kratzte den normalen Knochen aus, da ich an eine Karies des Knochens dachte. Schon bei der Auskratzung fiel mir die eigentümliche Beschaffenheit der Knochen auf, und als ich das ausgekratzte

Digitized by Google

Gewebe zur Untersuchung schickte, wurde mir von Prof. Ghon geschrieben, daß es sich um eine Krebsmetastase in die Fußwurzelknochen handle, und ich solle nach dem primären Herde suchen. Ich habe nun alles abgesucht, konnte aber keinen primären Herd finden. Die Pat. wurde gesund, kam dann aber nach $2^1/_2$ Jahren zu mir mit Blutungen aus dem Uterus. Die Untersuchung ergab ein Korpuskarzinom, der Uterus war bedeutend vergrößert. Pat. starb dann an einem ausgebreiteten Karzinom des Uterus und Karzinom des Magens. Die primäre Erkrankung des Uterus wurde in diesem Falle viel später erkannt als die sekundäre der Fußwurzelknochen.

Ein andermal sah ich einen kopfgroßen Tumor der Scapula, der von mir operiert und von Prof. Ghon untersucht und als Metastase nach einem Schilddrüsenkarzinom bezeichnet wurde. Daraufhin untersuchte ich die Schilddrüse, konnte aber in dieser keinen Tumor tasten. Pat. kam nach $^1/_2$ Jahre mit einem Beckentumor zur Beobachtung ins Krankenhaus und starb dort. Bei der Obduktion fand sich richtig in der Schilddrüse ein primäres, kaum kirschgroßes Karzinom, während die Metastasen kopfgroße Tumoren vorstellten.

Frankl: Ohne ein Urteil über den vorliegenden Fall abgeben zu wollen, möchte ich doch bemerken, daß aus der histologischen Verschiedenheit zweier Karzinome deren genetische Unabhängigkeit voneinander nicht stringent geschlossen werden kann. Kommt es doch gar nicht so selten vor, daß die Metastasen im histologischen Bau vom Primärtumor bedeutend abweichen.

Lihotzky: Für meinen Fall ist es nicht wahrscheinlich, daß es sich um ein Rezidiv oder eine Metastase handelt. Der primäre Untersuchungsbefund ist mir auch nicht bekannt, sondern nur die Mitteilungen, die ich Ihnen verlesen habe. Aber es liegt ein zu großer Zeitraum dazwischen, als daß man daran denken könnte, daß nach mehr als 3 Jahren eine Metastasierung Platz gegriffen hätte. Wahrscheinlicher ist es, daß es sich um zwei verschiedene Karzinome handelt, da am äußeren Genitale nur Plattenepithelkrebs vorkommt und hier ein ausgesprochener Drüsenkrebs vorliegt.

III. Thaler: Zwei Fälle von Uterusruptur.

Im Laufe der letzten Monate hatten wir zweimal Gelegenheit, Frauen zu sehen, die mit den Symptomen der kompletten, spontanen Uterusruptur in die Klinik aufgenommen wurden.

Im ersten Falle handelte es sich um eine 25jährige IIIpara. Die beiden vorhergegangenen Geburten verliefen spontan, die Wochenbetten waren afebril. Die Frau hatte ein allgemein verengtes, rachitisches Becken. Länge der Conjugata vera $10^1/_4$ cm. Nachdem die Frau durch mehrere Stunden sehr intensive, schmerzhafte Wehen hatte und die Blase gesprungen war, kam es nach ca. 11stündiger Geburtstätigkeit zu Blutabgang aus der Vagina und zu einer an Intensität immer mehr zunehmenden Suffusion im Bereiche der äußern Genitalien. 2 Stunden nach Beginn dieser Erscheinung wurde die Frau der Klinik überbracht. Sie kam hier in sehr anämischen Zustande an. In der vorderen Cervixwand tastete man einen quer verlaufenden Riß, durch den hindurch Darmschlingen erreichbar waren. Die Frucht war innerhalb des Uterus in Schädellage. Herztöne nicht hörbar. In der Vagina viel flüssiges und koaguliertes Blut. Harn ebenfalls blutig, Zirkumferenz des äußeren Muttermundes intakt. Mit Rücksicht auf den desolaten Zustand der Pat. wurde sofort interveniert. Perforation des Kopfes und Extraktion der Frucht. Nach Entleerung des Uterus zeigt sich das Organ sehr schlaff, die Austastung ergibt den oben erwähnten Riß. Darmschlingen drohen zu pro-

Digitized by Google

labieren. Fortdauer der Blutung. Es wird daher die Laparotomie behufs Totalexstirpation angeschlossen. Die Blase findet sich vollständig von der vorderen Cervixwand abgelöst, blutig suffundiert, sonst jedoch intakt. Vollständig parallel mit dem äußeren Muttermunde verlaufend, von demselben durch ein ca. 2 cm breites Spatium getrennt, zeigt sich in der vorderen Cervixwand die quer verlaufende, penetrierende Ruptur. Der Riß ist ca. 16 cm lang und reicht bis ins linke Parametrium. Typische Totalexstirpation mit Entfernung der Adnexe. Das Wundbett wird mit Gaze gegen die Vagina drainiert und mit dem Blasenperitoneum bedeckt. Nach febrilem Verlaufe Heilung. Das Kind war groß; es hatte eine Länge von 54 cm und ein Gewicht von 3300 g. Insertionsverhältnisse der Placenta normal.

Der zweite Fall betraf eine 33jährige Frau. Der Fall war schwer, es war zum Austritt des Kindes in die Bauchhöhle gekommen. Die Frau hatte bereits 10 Graviditäten durchgemacht. Hierunter fanden sich 6 Spontangeburten mit afebrilem Wochenbett und 4 Fehlgeburten. Bei 3 Aborten hatte die Pat. gefiebert, operative Ausräumungen wurden vorgenommen.

Die Pat. hatte ein sehr weites Becken. Auch für 2 Finger war das Promontorium nicht erreichbar.

Nachdem durch ganz kurze Zeit mäßige Wehen bestanden hatten und die Blase gesprungen war, empfand die Frau den Rupturschmerz; die typischen Symptome — Stillstand der Wehen, Blutung und zunehmender Kollaps — folgten unmittelbar. Doch erst 6 Stunden nach Beginn dieser Erscheinungen fand die Frau Aufnahme in die Klinik. Sofort nach der Übergabe prolabierte die Placenta. Der Uterus lag rechts, kontrahiert. An seiner linken Wand fand sich die Ruptur, durch sie hindurch war die in der Bauchhöhle liegende Frucht erreichbar. Abdominelle Totalexstirpation des rupturierten Uterus. Linkerseits war das Peritoneum hoch hinauf zerrissen und durch Hämatome von der Blasenwand abgehoben. Unterbindung der linken Art. hypogastr., Gazedrainage per vaginam. Bedecken des Wundgebietes mit Peritoneum. Pat. erholte sich sehr bald und wurde geheilt entlassen. Das Kind war von normaler Größe; Insertionsverhältnisse der Placenta normal.

Am Präparat sieht man linkerseits den bis zur Tubeninsertion reichenden Riß. Zudem bestanden Adhäsionen zwischen den linken Adnexen und der Flexur, woraus zu entnehmen ist, daß sich hier einmal — an der Seite der späteren Ruptur — ein entzündlicher Prozeß abgespielt haben muß.

Hinsichtlich der ätiologischen Momente, die in den beiden referierten Fällen für Ruptur Veranlassung gegeben haben dürften, wäre im ersten Falle die allgemeine rachitische Beckenverengerung, das relativ große Kind und die intensive Wehentätigkeit zu berücksichtigen. Im Sinne der alten Lehre konnten diese Faktoren wohl imstande sein, eine abnorme Fixation des äußeren Muttermundes durch Einklemmung der vorderen Cervixwand zwischen Symphyse und Kindeskopf zu bedingen, um hierdurch eine Disposition zur Ruptur zu schaffen.

Anders im zweiten Falle. Hier hatten wir völlig normale Beckenverhältnisse, die Ruptur trat schon bald nach Beginn der Geburtstätigkeit ein. Suchen wir hier nach einer ätiologischen Grundlage, so wäre die Aufmerksamkeit zu lenken auf die beiden letzten Graviditäten. Beide endeten nach einer Reihe von sechs Spontangeburten abortiv. Bei beiden Fehlgeburten bestand Fieber, operative Ausräumungen waren erforderlich. Der den letzten, vor einem Jahre stattgefundenen Abortus behandelnde Kollege teilte mir mit, daß er damals die linke Uteruswand

Digitized by Google

sehr tief eingekerbt und abnorm dünn vorgefunden habe und der Frau geraten habe, eine weitere Gravidität zu vermeiden.

Wie zu erwarten war, ergab die histologische Untersuchung der Rupturstelle keine absolut sicheren Anhaltspunkte für das Bestehen einer alten Narbe. Gleichwohl erscheint innerhalb des gequetschten, suffundierten Gewebes das Bindegewebe im Giesonpräparate deutlich vermehrt. Die erwähnten, anamnestischen Umstände erlauben aber jedenfalls die Annahme, daß eine im Zusammenhang mit einer der beiden letzten Fehlgeburten eingetretene Läsion der linken Uteruswand Bedingungen für das Zustandekommen des Ereignisses in diesem Falle geschaffen habe.

Schauta: Wenn wir die Entwicklung der Ätiologie der Uterusrupturen Revue passieren lassen, so haben wir in erster Linie die Lehre von der Durchreibung des Uterusschlauches an hervorstehenden spitzen Knochen oder Dornen, eine Lehre, die über den Haufen geworfen wurde; ferner die Bandlsche Lehre, die noch heute zu Recht besteht, wie bei abnormer Kindeslage und bei engem Becken. Heut kommt es, wie mir scheint, zu einer neuen Ätiologie und ich glaube, daß diese Fälle nicht vereinzelt bleiben werden. Heute, wo bei Abortus kritiklos gekratzt wird, und zwar von Händen, die nicht immer die erfahrensten und geschicktesten sind, ist es nicht abzusehen, daß sich nicht auch ferner mehr Rupturen ereignen werden. Ich glaube, es ist dies ein wichtiges Moment in bezug auf die Prophylaxe einer eventuell frühzeitig auftretenden Ruptur des Uterus und deren Vorbeugung. Mehr brauche ich in diesem Kreis darüber nicht zu sagen.

IV. Frankl: a. Bilaterale, symmetrische Tubenschwellung.

Das Präparat, welches ich Ihnen vorlege, stammt von einer 35jährigen Frau, die seit 15 Jahren über Schmerzen im Unterbauche klagt. Seit einiger Zeit fühlt sie auch Kreuzschmerzen. Angeblich starke Abmagerung; doch ergibt die Aufnahme des Status somaticus, daß die Pat. gut genährt ist. Der Lungenbefund ist negativ. Der gynäkologische Befund spricht für Retroversio-flexio uteri fixati, Perimetritis.

Die am 14. II. 1913 ausgeführte Operation, in der Lösung der Fixation bestehend, ergibt in beiden Tuben genau in der Mitte je eine haselnußgroße, kugelige Anschwellung, weshalb die beiden Eileiter exstirpiert werden.

Die hierdurch für die Untersuchung gewonnenen Tuben gleichen einander vollkommen. Das Peritoneum ist glatt, kaum injiziert, die Anschwellung an beiden Tuben gleich gestaltet und gleich gelagert. Keine Fluktuation. Nach Eröffnung einer Tube zeigt sich, daß die Schwellung bedingt ist durch ein Depot zäh-käsiger Massen, welche in einer Höhle liegen, die nicht mit der Tubenhöhle identisch ist, sondern innerhalb der Muskelschicht der Tube liegt. Spärliche Tuberkelbazillen ließen sich in dem Brei nachweisen.

Der Fall beweist die Richtigkeit der Angaben von Schottlaender und Williams, daß die Tuberkulose der Genitalorgane mitunter nur durch mikroskopische Untersuchung zu diagnostizieren ist. Dem war auch in unserem Falle so, denn der äußere Aspekt deutete gewiß nicht auf Tuberkulose hin.

Interessant ist der histologische Befund. Die charakterischen Zeichen der Tuberkulose treten nämlich ganz zurück gegenüber der Bindegewebsneubildung, der ausgebreiteten hyalinen Degeneration großer Wandpartien und der Infiltration mit Kalksalzen (Demonstration). Im proximalen Tubenabschnitt, fern von der Schwellung, finden sich in wenigen Schnitten einzelne Tuberkelknötchen. Riesenzellen sind in minimaler Zahl zu finden. Es handelt sich demnach um die von einzelnen Autoren als chronisch indurative Form beschriebene Tuber-

Digitized by Google

kulose, die, wie Rosthorn richtig bemerkte, nichts anderes ist, als eine Selbstheilung der Tuberkulose.

Die Lunge war scheinbar gesund, sonst war nirgends etwas von Tuberkulose nachzuweisen. Selbstverständlich liegt hierin kein Beweis für die Annahme einer primären Tubentuberkulose. Die vielfach nachweisbare, perivaskuläre, herdförmige Infiltration spricht vielmehr für sekundäre hämatogene Infektion.

b. Submuköses Myom.

Ich demonstriere Ihnen diesen Uterus zunächst deshalb, weil hier infolge Raumbeengung der Uterushöhle durch das Myom eine doppelte, brückenförmige Synechie entstanden ist, und weil aus eben dieser Ursache durch Rückstauung des Blutes eine bilaterale Hämatosalpinx zustande kam. Hämatosalpinx infolge Myom ist ein relativ seltener Befund.

In meiner Arbeit über das Myom beschrieb ich zwei derartige Fälle; der vorliegende ist erst der dritte, den ich gesehen habe.

Als man den Uterus eröffnete, konnte man die Oberfläche des Myoms von einem dichten Netz subepithelial liegender, strotzend gefüllter Kapillaren durchzogen sehen. Das ließ sich leider so schön nicht konservieren, und man sieht jetzt nur mehr die größeren Gefäße. Dauernd läßt sich dies an Präparaten demonstrieren, die mit Eiweiß-Tusche injiziert sind (Demonstration). Man sieht hier einen superfiziell gelagerten Plexus an der Oberfläche des submukösen Myoms, der aus weiten, zahlreichen Gefäßen besteht, die auf große Strecken hin dicht unter dem Oberflächenepithel dahinlaufen. Diese Gefäße bin ich geneigt als Ursache für die klinische Sonderstellung, welche just die submukösen Myome unter allen Myomen einnehmen, hinzustellen, wie ich dies in der oben zitierten Arbeit ausgeführt habe. Jede Uteruskontraktion kann das Bersten solcher Gefäße und schwere Blutungen verursachen.

Schottlaender: Vor kurzem wurden mir von auswärts Tubenschnitte zugesandt mit der per exclusionem gestellten Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Doppelseitiges Tubendermoid. Der Operateur glaubte anfangs Pyosalpingen zu entfernen. Bei der anatomischen Untersuchung fand sich ein breiiger Inhalt und außerdem Knochenplatten in den Tubensäcken. Haare und Zähne fehlten.

Die Prüfung der Schnitte zeigte, daß tatsächlich verkalkte Massen mit Knochenkörperchen vorhanden waren. Außerdem ließ sich aber eine ausgesprochene fortgeschrittene Tuberkulose in der Tubenwand und den perisalpingitischen Adhäsionen nachweisen. Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß sich hier — gewissermaßen auch ein Heilungsprozeß — in tuberkulösen Käsemassen Kalk abgelagert, und daß stellenweise, wie das ja wiederholt beobachtet worden ist, eine Verknöcherung stattgefunden hat. Für eine Teratombildung ergab sich nicht der geringste Anhaltspunkt.

V. L. Mandl: a. Ein Fall von Krukenberg'schem Tumor.

Das Präparat, das ich Ihnen jetzt demonstrieren will, entstammt einer 42jährigen Frau, welche im März 1911 von mir wegen eines Myoma uteri operiert wurde. Im Vordergrunde ihrer Beschwerden, die sie zu mir führten, standen damals heftige Blutungen. Es wurde der Fascienquerschnitt gemacht, der Uterus supravaginal amputiert, die Ovarien normal befunden und daher belassen, im übrigen die Operation in typischer Weise beendigt. Die Pat. erholte sich nach der Operation sehr rasch, die Menses treten nicht mehr auf. Im Laufe des der

Digitized by Google

Operation folgenden Jahres sah ich die Frau noch 2—3mal, wobei sie über keinerlei Beschwerden klagte.

Vor ca. 2 Monaten kam nun die Pat., welche in Ungarn domiliziert, wieder zu mir, um mich wegen Schmerzen in der Unterbauchgegend und im Kreuze zu konsultieren. Dabei klagte sie, daß sie öfters an Appetitlosigkeit, hier und da an Erbrechen leide. Bei der damals vorgenommenen Untersuchung konnte ich rechts vom Uterusstumpfe ein ca. pflaumengroße Intumeszenz tasten, die nicht sehr beweglich, auf Druck nicht schmerzempfindlich war und eine ziemlich glatte Oberfläche zu haben schien. Bei der Palpation des Abdomens konnte sonst nichts Abnormes gefunden werden. Ich vermutete damals, daß es sich um ein vergrößertes Ovarium oder um ein Stumpfexsudat handeln könnte. Ich verordnete demnach ein exspektatives Verhalten. Die Pat., welche dann im weiteren Verlaufe von einer Reihe hervorragender Internisten untersucht wurde, die ausnahmslos trotz exakter Untersuchung und Beobachtung der Pat. die Beschwerden, die nicht weichen wollten, mit dem Genitale in Zusammenhang brachten oder als auf nervöser Basis beruhend bezeichneten, reiste dann in ihre Heimat.

Vor ca. 14 Tagen, also etwa 6 Wochen, nachdem ich diesen kleinen Tumor konstatiert hatte, wurde die Frau in ihrem Heimatsorte von dem dortigen Hausarzte untersucht. Dieser eröffnete ihr, daß ihr der Uterus gar nicht entfernt worden sei, und daß sie eine Geschwulst im Bauche habe. Die Pat. kam wieder zu mir und machte mir von dieser Äußerung ihres Hausarztes Mitteilung. Bei der Untersuchung konnte ich wirklich einen überfaustgroßen Tumor konstatieren, der die ganze rechte Beckenhälfte einnahm und bis tief hinunter in den Douglas reichte. Derselbe war von derber Konsistenz und ziemlich glatter Oberfläche und schien nur wenig Beweglichkeit zu besitzen. In der Voraussetzung, daß es sich um einen Ovarialtumor handle, entschloß ich mich zur Operation. Es wurde ein Längsschnitt gemacht. Die Operation gestaltete sich ungemein schwierig, da der Tumor mit dem Uterusstumpfe innigst verwachsen war und mit seinem unteren Pole tief im Douglas steckte, aus dem er sehr schwer entwickelt werden konnte. Obwohl das Peritoneum sich überall als glatt und intakt erwies, schien mir die Genesis des Tumors gleich verdächtig und ich tastete sowohl Magen als Darm ab, wobei ich in der Pylorusgegend ein flaches, infiltrierendes Karzinom tasten konnte.

Der exstirpierte Tumor stellt sich als kleinmannsfaustgroße Bildung von ausgesprochen derber Beschaffenheit und ovoider, grobgehöckerter Form dar, deren oberflächliche Rauhigkeit auf ursprünglichen Zusammenhang mit der Nachbarschaft hinweist. Sie erscheint auf der Schnittfläche fast homogen, nur stellenweise mit angedeuteter Faserung; die Färbung ist eine graugelbliche mit leichter Transparenz. An einer Stelle erscheint ihre Oberfläche breit und, durch Präparation nicht ablösbar, ein Ovarium angelagert, leicht erkennbar durch die Gegenwart eines Corpus luteum.

Mikroskopisch erscheint das Geschwulstgewebe aus zweierlei Elementen aufgebaut: aus derbfaserigen Bindegewebszügen und aus eigenartigen Zellen epithelialen Charakters, welche teils vereinzelt oder ungeordnet, teils in kleinen Verbänden die Spalten des faserigen Gewebes erfüllen. Ihr Protoplasma enthält meist einen größeren Tropfen, welcher ausgeprägt die Schleimreaktion zeigt. Analoge Zellkomplexe finden sich auch im Ovarialstroma.

Die größeren epithelähnlichen Elemente nehmen infolge der degenerativen Vorgänge ein eigentümliches Aussehen an: Die Zellen werden bläschenförmig, der Kern wird abgeplattet und zu einem Zellpole hingedrängt. Auf diese Weise gewinnt die Zelle »Siegelringform«.

Digitized by Google

Die mikroskopische Diagnose lautet demnach, da die Epithelwucherung gleichfalls von einer mächtigen Entwicklung von Bindegewebe begleitet wird: scirrhöses Karzinom.

Es handelt sich hier nicht um einen primär vom Ovarium ausgehenden Tumor, sondern, wie schon bei der Operation festgestellt werden konnte, um eine Metastase im Ovarium. Der primäre Tumor saß im Magen (Pylorus) als flaches Karzinom. Es ist heute nichts mehr Neues, daß Karzinome des Ovarium oft nicht primäre Tumoren des Ovarium, sondern Metastasen sind, die nicht selten im Magen- oder Darmtrakt ihren Ursprung haben. Es ist ferner zur Genüge bekannt, daß es sich bei den sogenannten Krukenberg'schen Tumoren in einer großen Anzahl der Fälle herausgestellt hat, daß es sich um eine primäre Erkrankung des Ovariums gehandelt hat, für welche Fälle ja bekanntlich Krukenberg eine eigene Bezeichnung — Fibrosarcoma ovarii mucocellulare (carcinomatodes) — gewählt hat, und es hat sich, manchmal schon bei Operation, in einer anderen Reihe von Fällen erst bei weiterer Beobachtung oder gar erst bei der Sektion herausgestellt, daß doch an einer anderen Stelle der Sitz des primären Tumors gefunden wurde.

Wenn auch der eine oder der andere Fall in der Literatur sich findet, in welchem der Autor an dem primären Sitz im Ovarium festhält, so habe ich doch aus der genaueren Durchsicht der Literatur den Eindruck gewonnen, daß dieses Vorkommen jedenfalls das weitaus seltenere ist. Nur deshalb den Tumor als primären ansehen zu wollen, weil er im Ovarium einen größeren Umfang als z. B. im Magen hatte, geht wohl nicht an. Nach den allgemein gültigen Anschauungen wächst die Geschwulst dort schneller, wo sie einen günstigeren Boden für ihre Ernährung und für ihr Wachstum findet.

In dem von mir vorgestellten Falle hat es sich, wie schon während der Operation konstatiert werden konnte, sicherlich nicht um einen vom Ovarium ausgehenden primären Tumor gehandelt, sondern derselbe ist als Metastase anzusehen, deren Ausgangspunkt ein Karzinom des Magens bildete.

Ich habe Sie absichtlich nicht mit der Literatur über diese Fälle, die ja sehr reichlich und ziemlich bekannt ist, ermüden wollen; ich habe über diesen Fall hauptsächlich deshalb referiert, weil er auch vom klinischen Standpunkt aus von Interesse ist: Er zeigt uns wieder, wie latent ein Magenkarzinom verlaufen und wie sehr sich ein solches unserer Diagnostik entziehen kann, selbst in einem Stadium, in welchem bereits eine so weit vorgeschrittene Metastase nachweisbar ist.

Ich möchte aus diesem Falle, wie aus den in der Literatur niedergelegten Fällen den Schluß ziehen, daß man in allen Fällen, in welchen ein Ovarialtumor nachweisbar ist, und in welchen die Pat. über verschiedene Magen- und Darmbeschwerden klagen, an die Möglichkeit einer solchen Kombination schon vor, sicher aber während der Operation denken soll. Gelingt es vor der Operation, die Diagnose Intestinalkarzinom zu sichern, so wird man in der Regel von der Operation des Ovarialtumors Abstand nehmen; denn die Fälle, in denen, wie Cohn meint, der Gynäkologe doch noch häufig in die Lage kommen wird, selbst die als Metastasen erkannten Ovarialtumoren zu palliativen Zwecken zu entfernen, wenn diese infolge ihrer Größe und durch den Druck auf die Nachbarorgane im Vordergrunde des klinischen Bildes stehen und zu so lebhaften Beschwerden führen, daß ihre Exstirpation aus vitaler Indikation notwendig wird, dürften wohl nicht allzu häufig vorkommen. Andererseits kann, wie in dem von Schauta (1906) demonstrierten Falle bei richtiger Erkenntnis der Sachlage die Anlegung einer Gastroenteroanastomose gelegentlich durchführbar und für die Kranke von Vorteil sein.

Digitized by Google

Frankl bemerkt, daß die Schleimfärbung interstitiell gelegener Schleimdepots leichter gelingt als jene der Siegelringzellen.

b. Mandl: Abtreibungsversuch bei Extrauteringravidität.

In der Berliner klin. Wochenschrift 1912, Nr. 40 berichtet Hirsch unter dem Titel »Fruchtabtreibungsversuche bei extrauterinem Sitz der Schwangerschaft« über vier Fälle, in welchen bei bestehender und nicht erkannter Tubargravidität Fruchtabtreibungsversuche durch verschiedene intrauterine Manipulationen gemacht wurden. Schon vorher hatte Neugebauer (Zentralblatt für Gynäkologie 1912, Nr. 4) unter dem Titel »Tentamen abortus provocandi deficiente graviditate« Fälle zusammengestellt, in welchen bei vermuteter, aber fehlender intrauteriner Gravidität Abtreibungsverusche gemacht wurden. Neugebauer schneidet dabei noch eine zweite Frage an, indem er ebenfalls darauf hinweist, daß es gewiß auch schon vorgekommen sei, daß Abtreibungsversuche in Fällen gemacht wurden, in welchen es sich um extrauterinen Sitz der Gravidität gehandelt habe und zitiert dabei eine Publikation Guerdifkow's (Annales de gynécologie 1907, Vol. IV, p. 585).

Ich schließe mich der Ansicht dieser Autoren, daß solche Fälle häufiger vorkommen, mit voller Überzeugung an, und da dieselben von verschiedenen Gesichtspunkten aus besonderes Interesse erheischen können, möchte ich über einen in jüngster Zeit von mir beobachteten einschlägigen Fall in Kürze berichten, wobei ich aber nicht unerwähnt lassen möchte, daß ich schon früher in zwei Fällen von rupturierter Tubargravidität zu intervenieren Gelegenheit hatte, in welchen Auskratzungen der Gebärmutter vorausgegangen waren, und in welchen allerdings nicht das Zugeständnis gemacht wurde, daß diese Auskratzungen zum Zwecke der Schwangerschaftsunterbrechung ausgeführt wurden.

Der Fall, über den ich berichten will, betraf eine 34jährige Frau, bei der vor 8 Jahren eine Geburt vorausgegangen war. Menses waren immer regelmäßig. Am 28. November 1912 trat die erwartete Menstruation nicht ein, weshalb sich Pat. schon 2 Tage später zu einem Arzt begibt, dem sie ihre Befürchtungen bezüglich einer eingetretenen Gravidität mitteilt. Dieser nahm nun ohne weiteres ein Curettement vor. 6 Tage später stellen sich Schmerzen in der rechten Unterbauchseite ein, welche sich langsam steigern, bis sie endlich so vehement werden, daß die Pat. ihren Hausarzt rufen läßt, welcher mäßigen Blutabgang aus der Vagina, welcher nach der Angabe der Pat. schon seit dem Curettement bestehen soll, sowie eine leichte Intumeszenz auf der rechten Seite und Druckempfindlichkeit daselbst konstatiert. Da der Zustand immer kritischer wurde, wurde ich zugezogen. Ich konnte denselben Befund wie der Hausarzt konstatieren. Temperatur war 37,7. Ich sprach sofort den Verdacht aus, daß es sich um Extrauteringravidität handeln könne, daß aber die Differentialdiagnose zwischen rechtseitigem Adnextumor entzündlicher Natur mit Rücksicht auf die eine Woche früher stattgehabten, intrauterinen Manipulationen sehr schwierig sei. Pat. wurde in das Sanatorium gebracht und weiter beobachtet. Die Temperatur stieg anhaltend bis zu 38,0 an, die Intumeszenz nahm zu bei mäßiger Druckempfindlichkeit. Zeitweise spontane heftige Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend. In der Folgezeit entwickelt sich unter unseren Augen unter anhaltenden febrilen und subfebrilen Temperaturen ein retrouteriner Tumor, der deutlich fluktuierte. Selbst in diesem Stadium war die Diagnose noch immer schwer zu stellen. Ich entschloß mich zu einer Inzision vom hinteren Scheidengewölbe, bei welcher es sich sofort herausstellte, daß es sich um eine retrouterine Hämatokele handelte. Drainage mittels Drainrohr. Nach 8tägigem Aufenthalt im Sanatorium (die Temperatur

Digitized by Google

war seit der Operation normal) wurde die Pat. nach Hause transportiert. Nach 2 weiteren Tagen trat in der Nacht plötzlich eine heftige Blutung aus der Vagina auf. Es konnte leicht konstatiert werden, daß das frische Blut aus dem Drainrohr, und nicht aus dem Uterus abfloß. Die Pat. wurde sofort in das Sanatorium zurücktransportiert; Laparotomie. Die frisch rupturierte Tube, welche ich Ihnen hier demonstriere, wurde entfernt. Glatter Verlauf.

Der Fall erscheint in mehrfacher Hinsicht interessant. Zunächst sehen wir, daß auch hier die Auskratzung in einem Momente vorgenommen wurde, in welchem eine Gravidität gar nicht nachweisbar sein konnte — eine Beobachtung, welche auch von anderen Autoren hervorgehoben wird. Dann kommt im weiteren Verlaufe nach vorgenommener Auskratzung die Schwierigkeit bezüglich der Differentialdiagnose. Es braucht wohl nicht erst betont zu werden, daß unser Urteil durch die anamnestisch zugestandene Auskratzung beeinflußt wird und wir an die Möglichkeit eines sich entwickelnden entzündlichen Adnextumors (Pyosalpinx) denken müssen. Gerade hier ist der springende Punkt für unser weiteres Handeln zu suchen und können unsere Entschließungen von folgenschwerster Natur sein. Denn es braucht nicht erst betont zu werden, daß wir bei einem rezenten Pyosalpinx und bestehendem Fieber nicht operieren sollen. Andererseits kann das Übersehen einer Tubargravidität verhängnisvoll werden. In einem solchen Falle wird daher, wie dies auch Hirsch hervorhebt, in erster Linie die weitere Beobachtung im Spital oder Sanatorium gefordert werden müssen. Denn wenn auch bei der Extrauterinschwangerschaft gelegentlich, wie auch in unserem Falle Temperatursteigerungen vorkommen, so können doch die trotz Bettruhe zu konstatierenden kolikartigen Schmerzen in der befallenen Seite, die Größenzunahme des Tumors und dabei die Abnahme der Druckempfindlichkeit bei der Palpation zugunsten der Diagnose Extrauteringravidität herangezogen werden.

Zum Schluß kann ich nicht umhin, auf eine im Februarheft der Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie erschienen Arbeit Sonnenfeld's (intakte Tubargravidität trotz intrauterinen Eingriffes und wiederholter bimanueller Untersuchungen nebst Bemerkungen zur Diagnose der Tubargravidität) hinzuweisen und gegen die Propagierung einer Ansicht dieses Autors Stellung zu nehmen: In einem Falle, in welchem die Differentialdiagnose zwischen Tubargravidität und inkomplettem Abortus kombiniert mit Adnextumor schwierig war, wurde unter aseptischen Kautelen eine Erweiterung der Uterushöhle, die Austastung und die Curettage vorgenommen. Die Kranke hat diesen Eingriff ohne Schaden überstanden. Die später vom Autor vorgenommene Laparotomie förderte eine intakte Tubargravidität zutage. Aus diesem einen Falle will der Autor den Schluß ziehen, daß man gelegentlich — selbstverständlich unter allen möglichen Kautelen — sich dieses Hilfsmittels zur Stellung der Diagnose bedienen kann. Ich glaube mich in Übereinstimmung mit allen zu befinden, wenn ich vor diesem Vorschlage warne. Die Gefahr, daß es hierbei zur Ruptur der graviden Tube kommen könne, ist eine zu eminente, und dies wird ja auch bis nun allgemein gelehrt. Man wird wohl kaum bei entsprechender Beobachtung und Überwachung der Kranken in die Lage kommen, zu diesem so gefährlichen Auskunftsmittel greifen zu müssen.

Wenn es auch bekannt ist, daß ein Tubarabort und die Bildung einer Hämatokele gelegentlich, wenn auch nicht häufig, noch von einer Tubarruptur gefolgt sein kann, so möchte ich doch auf dieses Zusammentreffen in meinem Falle hinweisen.

Diskussion. Schauta: Ich habe auch wiederholt bei extrauteriner Schwangerschaft, wo der extrauterine Sitz des Eies verkannt wurde und intrauterine

Digitized by Google

Gravidität angenommen wurde, die Beobachtung machen können, daß in solchen Fällen Auskratzungen von äußerst schädlichen Folgen sein können. Es entstehen Hämatokelen und die allergrößte Hämatokele, die ich je in meinem Leben gesehen habe, beobachtete ich in einem solchen Falle, wo ausgeräumt wurde. Es war noch in meiner Prager Zeit. Es handelte sich um eine extrauterine Blutung, der herbeigerufene Arzt dachte an einen intrauterinen Abortus, versuchte auszuräumen, fand aber den Uterus leer. Es kam zu einer Hämatokelenbildung, die bis zum Nabel reichte. Es war auch nicht ohne Infektion abgelaufen, indem Infektionsträger in die Hämatokele gelangten und die Frau heftig fieberte. Ich machte nun vom hinteren Scheidengewölbe aus eine Inzision und entleerte die Hämatokele. Der Fall ging gut aus. Es ist mir ferner ein Fall von Ausräumung des vermeintlich graviden Uterus bei fehlender Schwangerschaft in Erinnerung, in dem der Uterus perforiert wurde und der Darm an vielen Stellen verletzt worden war. Es wurde die Laparotomie gemacht, die Darmverletzungen wurden vernäht, der exstirpierte Uterus wurde leer gefunden.

Harnorgane.

3) **Richard Bromberg** (Haag). **Beiträge zur funktionellen Nierendiagnostik.** (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXXXV. Hft. 2.)

Zur Bestimmung der absoluten Funktionskraft einer bestimmten Niere ist nach den Untersuchungen des Verf.s die Harnstoffbestimmung, wie die Indigkarminprobe, wie die Diastasemethode Wohlgemuth's und wie endlich die komplizierte Methode Löwenhardt's der elektrischen Leitungsfähigkeitsbestimmung untauglich. Brauchbar ist dagegen die Bestimmung der Konzentration der anorganischen Salze im Urin und im Blut und ihr Vergleich; die Konzentration im Urin ist zweimal so groß wie im Blut (hämorenaler Index). Für diese Bestimmung hat Verf. einen Apparat angegeben, der den Widerstand anzeigt, welchen die Flüssigkeiten dem elektrischen Strom entgegensetzt. Dieser ist umgekehrt proportional der Konzentration an ionisierbaren Salzen, in unserem Falle fast ausschließlich NaCl. Der Apparat und seine Anwendung werden im Original genauer beschrieben. Nach Ansicht des Verf.s kommt man bei der Beurteilung der absoluten Leistung einer Niere fast in allen Fällen mit der Bestimmung des hämorenalen Index aus. Die Chromocystoskopie und die Feststellung des Harnstoffgehaltes bei getrennt aufgefangenem Urin dienen zur Ergänzung. Calmann (Hamburg).

4) **F. Legueu** und **E. Papin** (Paris). **Technik und Zufälle bei der Pyelographie.** (Archiv. urologiques de la clin. de Necker Bd. I. Hft. 1.)

Die Verff. bekennen sich auf Grund ihrer ausführlichen Untersuchungen als treue Anhänger der Pyelographie; nur bei unvorsichtiger, gewaltsamer Ausführung der Injektion kommt es zu heftigen Schmerzanfällen oder sogar zu einem Eindringen der Injektionsmasse in das Nierenparenchym. Die Art und Weise, in der die injizierte Masse in die Nieren eindringt, ist trotz in genügender Anzahl vorliegender Untersuchungen noch nicht geklärt. Bauereisen (Kiel).

5) **Dora Joergensen-Wedde.** **Über Pyelitis gravidarum.** Inaug.-Diss., München, 1912.

Von den drei Infektionswegen des Nierenbeckens — aszendierende, hämatogene, lymphogene Invasion — besitzt der Lymphweg die geringste praktische Bedeutung. Für den hämatogenen Infektionsmodus sprachen die der Erkrankung des Nierenbeckens zeitlich vorausgehenden »Troubles gastrointestinaux« der fran-

Digitized by Google

zösischen Autoren. Eine Aszension der Keime wird durch Bestehen einer Cystitis wahrscheinlich gemacht.

Der klinische Verlauf zeigt eine außerordentlich große Variabilität; er schwankt zwischen leichten Formen, die sich nur als vorübergehende Indisposition mit Leibschmerzen und Blasenbeschwerden äußern und foudroyanten, deletären, septischen Formen. Pathognomonisch ist der trübe, von massenhaften Leukocyten und Bakterien durchsetzte Urin. Ein unerläßliches Hilfsmittel zur Diagnose ist der cystoskopische Nachweis einer intakten — nur Schwangerschaftsveränderung aufweisenden — Blasenschleimhaut und der Ureterenkatheterismus. Zu Beginn der Erkrankung, wenn die cystoskopischen und bakteriologischen Resultate noch fehlen, kommen für die Differentialdiagnose in Betracht: Appendicitis, Cholecystitis, Nephrolithiasis, eventuell auch Pneumonie. Eine Appendicitis wird sich durch hohe Leukocytenwerte, sowie durch die Dieulafoy'sche Schmerztrias manifestieren. Bei der zentralen krupösen Pneumonie, die ja bekanntlich auch mit — bald vorübergehenden — Schmerzen in der rechten Bauchseite beginnen kann, werden der Atemtypus und das Röntgenbild Aufschluß geben. Das Röntgenbild wird gleichzeitig auch einen Nephrolithiasisverdacht klären. Eine Cholecystitis muß durch den Palpationsbefund ausgeschlossen werden. Das Vorhandensein einer Burnett'schen Zone (hyperästhetische Partie über der rechten Nierengegend) spricht für Pyelitis.

Therapeutisch kommt vor allem der Ureterenkatheterismus in Betracht. Die medikamentösen Nierenbeckenspülungen wirken wohl in erster Linie mechanisch reinigend. Daneben Allgemeinbehandlung (Urotropin, Salol, reizlose Kost, Milchdiät). Meyer-Betz sah gute Erfolge von einer Erhöhung der Harnazidität, die auf das Bakterium coli stark wachstumshemmend wirkt (Acid. phosphoric. 10% 50,0, Sirup. Rub. Idaei 50,0, Aq. dest. ad 1000,0). Will man die von Rovsing, Burnett u. a. empfohlene Wright'sche Vaccinetherapie anwenden, dann muß man — nach Forbes — wegen der häufigen Variationen der Coli wohl eine autogene Vaccine benützen. In einer kleinen Zahl von Fällen, die sich jeder Therapie gegenüber refraktär verhält, bleibt als Ultimum refugium die Unterbrechung der Schwangerschaft. — Zum Schluß folgt die ausführliche Beschreibung zweier Fälle aus der Amann'schen Klinik. L. Nürnberger (München).

6) **R. L. Payne (Norfolk) und W. D. MacNider (Chapel Hill). Experimentelle Studie über die sogenannte essentielle einseitige Hämaturie.** (Surgery, gynecology and obstetr. Vol. XVII. Nr. 1.)

Bericht über vier Fälle von einseitiger Hämaturie, die durch Nephrotomie geheilt wurden. Experimentelle Untersuchungen ergaben, daß eine solche Hämaturie weder entsteht, wenn dem Versuchshund die Vasokonstriktoren einer Niere durchschnitten werden, noch nach Injektion einer toxischen Substanz in die Nierenarterie, noch nach Kompression einer Nierenarterie. Daraus wird der Schluß gezogen, daß die Ursache der Erkrankung nicht in einem angioneurotischen Ödem zu suchen ist, wie die Theorie von Klemperer annimmt, und daß auch leichte nephritische Läsionen nicht zur Erklärung ausreichen, wie Albarran meint. Verff. glauben, daß es sich stets um chronische Nephritiden handelt, bei denen Glomeruligefäße zerreißen. Der hohe lokale Blutdruck, der bei Nephritis besteht, soll dann die Blutung unterhalten. Robert Stern (Offenbach).

7) **F. Hirano. Über einen Fall von Hypernephrom.** Inaug.-Diss., München, 1912.

Nach einer pathologisch-anatomischen Einleitung über Nebennierentumoren, extra- und intrarenale, und ihre Metastasen, sowie ihre klinischen Erscheinungen

Digitized by Google

(selten vor dem 40. Jahre, ein Fall im Alter von $2^1/_2$ Jahren verlief lange symptomlos) und ihre postoperative Prognose (von 17 durch Israel operierten Fällen 4 primär, 5 an Metastasen gestorben, 18% Dauerheilung) beschreibt Verf. einen Fall von Hypernephrom aus der Münchener Universitäts-Frauenklinik. 46jährige IVpara, seit 4 Monaten Kreuzweh, seit 8 Tagen heftiger, rechtseitiger Lendenschmerz beim Stehen. Leib größer geworden. Rechts im Abdomen mannskopfgroßer, derber, unter den Bauchdecken gelegener Tumor tastbar. Laparotomie. Geschwulst erstreckt sich bis zum Beckeneingang hinab und ist von glattem, spiegelndem Peritoneum überzogen. Nach oben reicht sie bis zur rechten Zwerchfellkuppe und hat die Leber verdrängt. Ausschälung des Tumors nach Spaltung des Peritoneums. Tamponade der entstandenen Wundhöhle mit Jodoformgaze, die am Rücken herausgeleitet wird. 6 Stunden p. op. Exitus. Sektionsbefund sowie makroskopische und mikroskopische Beschreibung des 22 : 5 cm großen, 4800 g schweren Tumors. v. Miltner (München).

8) **H. D. Furniss. Große beiderseitige Nierensteine, die Ausgüsse des Nierenbeckens bildeten.** (Medial record 1913. Bd. LXXXIV. p. 363.)

37jährige Pat., die seit 6 Jahren an Nierenkoliken, in letzter Zeit auch an Hämaturie und Pyurie litt. Rechter Ureter: Eiter. Linker Ureter: Blut und spärlich Eiter. Skiagramm: Beiderseits verzweigte Nierenbeckencalculi. Phenolsulphonaphthaleinreaktion nach 19 Minuten positiv. Zweizeitige Entfernung der Steine unter Stickoxydul-Sauerstoffnarkose. Heilung.

Schottelius (Hamburg).

9) **V. C. Pedersen** (Neuyork). **Topographie der Blase mit besonderer Berücksichtigung der Cystoskopie.** (New York med. journ. 1913. Bd. XLVIII. Nr. 8. p. 353.)

Für topographische Bestimmungen werden zwei Teilungsebenen vorgeschlagen, die, in transversaler und vertikaler Richtung die Blase durchziehend, vier Quadranten unterscheiden lassen:

1) einen hinteren unteren = Uretero-trigonalquadranten,
2) einen hinteren oberen = Subperitonealquadranten,
3) einen vorderen oberen = Urachalquadranten,
4) einen vorderen unteren = Retropubischen Quadranten.

Anweisung zur sukzessiven Ableuchtung des Blaseninnern. Empfehlung eines Blasenschemas zum Notieren der cystoskopischen Befunde.

Schottelius (Hamburg).

10) **G. Luys** (Paris). **Die cystoskopische Lithotrypsie.** (Bull. de l'assoc. française d'urologie 1912. Paris, Oktave Doin et fils 1913.)

Der Verf. empfiehlt mit besonderer Wärme seine Methode der Cystoskopie (à vision directe) zur Entfernung von Blasensteinen aus der weiblichen Blase.

Bauereisen (Kiel).

11) **G. Braun. Über die Ectopia vesicae im Anschluß an einen Fall von Ectopia vesicae, Hernia umbilicalis und Uterus myomatosus.** Inaug.-Diss., München, 1912.

Nachdem sich Verf. über das Wesen dieser Mißbildung, ihre Ätiologie, Häufigkeit, Prognose und Therapie (autoplastische Methode, Operation der direkten Vereinigung der Blasenränder, dann die Operationen, welche den Harn in den Darm, Penis, Vagina und zur Haut ableiten) verbreitet hat, fügt er einen diesbezüglichen Fall aus der Universitäts-Frauenklinik München an. 37jährige verheiratete Frau, in Familienanamnese keinerlei Vorkommen von Mißbildungen, hat schon seit der

Digitized by Google

Geburt in der Symphysengegend eine Geschwulst. Mit 29 Jahren Nabelbruch akquiriert, der als etwa kindskopfgroß und reponibel sich erweist. Nach unten und vorn ist nun obige wulstige, mit leicht blutender Schleimhaut überzogene Geschwulst, aus der sich durch zwei kleine Öffnungen ständig Harn entleert. Diagnose: Ectopia vesicae. Die Labia maj. finden sich als zwei behaarte Wülste in der Schenkelbeuge, die Labia min. als zwei bürzelförmige Hautlappen, die Clitoris ist gespalten, zwischen ihr der Introitus vaginae, etwa 1 cm weit, 3—4 cm lang. Die Portio zerfällt in zwei Lippen, der Muttermund ist quergestellt, der Uterus kindskopfgroß, derb und höckerig palpabel. Da sich Pat. an die Ectopia gewöhnt hatte, gab sie nur zur Hernien- und Myomoperation ihre Einwilligung, die dann glatt ausgeführt wurde. — Bei einer eventuellen Ectopiaoperation wären nur in Betracht gekommen: Resektion eines eliptischen Stückes Blasenwand mit Ureterenmündungen und Einpflanzung in Flexura sigmoidea (Maydl 1892) oder, da hier mitunter Nephritiden vorkommen, Durchschneidung des Colon sigmoideum, Vernähung der beiden Enden, Fixation des oralen Darmendes mittelst lateraler Anastomose an der niedrigsten Partie des analen Endes, Einpflanzung des Trig. vesic. mit Ureterenmündung in den oberen Teilen des analen Endes (Muskatello 1903). Da Vorteil der Korrektion nicht mit hoher Gefahr der Operation aufzuwägen, so war palliative Behandlung in Form eines Urinals bei obigem Fall am Platze. v. Miltner (München).

12) **F. Legueu (Paris). Der transperitoneal-vesikale Weg zur Heilung postoperativer Blasenscheidenfisteln.** (Archives urologiques de la clinique de Necker Bd. I. Hft. 1.)

Die Arbeit schildert als Weg, der in Deutschland bereits bekannt ist, zur Heilung von operativ entstandenen, hochsitzenden Blasenscheidenfisteln die Laparotomie: Sagittalschnitt in der hinteren Blasenwand. Isolierung der Blasen- und Vaginalfisteln. Isolierte Naht der Blasen- und der Vaginalöffnung. Schluß des Blasenperitoneums. Nach dem Verf. ist die Operationsmethode eine logische, da sie eine Heilung erzielt, die den natürlichen Zusammenhang von Blase und Vagina berücksichtigt. Bauereisen (Kiel).

13) **W. Wenzel. Über Blasenblutungen bei Retroflexio uteri gravidi incarcerata.** Inaug.-Diss., München, 1913.

Es handelt sich in dem beschriebenen, in der Kgl. Universitäts-Frauenklinik München beobachteten Falle um eine IVgravida. Die drei ersten Geburten verliefen normal. Seit einigen Jahren Beschwerden beim Urinieren und bei der Defäkation, die zeitweise besser wurden. Seit 8 Tagen Verschlimmerung des Zustandes. Bei der Aufnahme in die Klinik ist die Harnblase enorm ausgedehnt, ihr Fundus steht in Nabelhöhe. Die Portio steht zwei Finger breit oberhalb der Symphyse. Nach unten setzt sie sich nach dem Cavum recto-uterinum zu einem großen, harten Tumor fort, der sich somit als der im 4.—5. Monat schwangere, inkarzerierte Uterus repräsentiert. Die Adnexe sind der falschen Lage entsprechend verzogen. Urin nur wenig pathologische Bestandteile, die auf eine geringe Cystitis schließen lassen. Es wird nun zunächst eine große Menge etwas trüben, gestauten Urins entleert, worauf sich eine starke Blasenblutung einstellt. Hierauf wird ein Dauerkatheter eingelegt. Durch diesen fließt immer noch stark blutiger Urin ab. Auch ganze Blutklumpen treten zutage. Die Untersuchung ergibt massenhaft rote Blutkörperchen und Tripelphosphate. Am nächsten Tag manuelle Reposition. Sie gelingt sehr leicht. Die Beschwerden hören sofort auf. Urin nur wenig getrübt. An den folgenden Tagen Spülungen der Blase mit 1%iger Collargollösung. Wohlbefinden hält an. Am zweiten Tage nach der Reposition Cystoskopie: stark

Digitized by Google

erweiterte Venen, Ödem der Blasenwand, Schleimhaut frei. Die Pat. wird am 10. XII. in bestem Wohlbefinden entlassen.

Verf. kommt auf Grund dieses Falles unter Zugrundelegung der Literatur zu folgenden Schlüssen:

Blutungen bei Retroflexio uteri gravidi incarcerata, die sofort oder kurze Zeit nach Entleerung der Blase auftreten, sind als gewöhnliche Stauungsblutungen im Sinne Baisch's aufzufassen. Sie sind in ihrer Ätiologie, Prognose und Therapie wohl zu unterscheiden von Blutungen bei Retroflexio uteri gravidi incarcerati, welche als eine Folge von Gefäßarrosion bei beginnender Gangrän auftreten. Ätiologisch sind sie auf Druckschwankungen in den Gefäßen zurückzuführen, wie sie bei Entleerung der Blase entstehen. Die Prognose der Gangränblutungen ist sehr ernst, während diejenige der Stauungsblutungen im allgemeinen sehr günstig ist. Die Therapie der Stauungsblutungen besteht in Entleerungen der Blase mit sofortiger Aufrichtung des inkarzerierten Uterus. Die Therapie der auf Gangrän beruhenden Blutungen hat ebenfalls mit der vorsichtigen Entleerung der Blase einzusetzen und den Druck des inkarzerierten Uterus zu beseitigen.

O. Eisenreich (München).

14) **A. v. Engelhardt. Das primäre Karzinom der weiblichen Harnröhre.** Inaug.-Diss., München, 1912.

Nach einer Übersicht über die Literatur des primären Karzinoms der weiblichen Harnröhre führt Verf. einen Fall aus der II. gynäkologischen Klinik München an. 51jährige VIIpara klagt seit mehreren Monaten über Brennen beim Urinieren, das oft noch 1 Stunde anhält. Pollakurie. Urin blutig trübe. Leistendrüsen mandelgroß, hart, die Harnröhre wird von einem derben Tumor umgeben, der bis zum Sphincter vesicae ins paraurethrale Gewebe und in die Scheide reicht, Urethra kaum für Glaskatheter passierbar. Herauspräparierung des Tumors 7 : 4 : 3 cm im Gesunden mit vorderer Scheidenwand, einem Ausschnitt des Sphinkters und des Trigonums, wobei an vorderer oberer Scheidenwand ein Schleimhautstück erhalten bleibt. Raffung der dreimarkstückgroßen Blasenöffnung, Vernähung der Blasenschleimhaut mit Scheidenschleimhautlappen. Verlagerung der neuen Blasenöffnung nach unten, hierdurch Schaffung eines kurzen, urethraähnlichen Kanals, dessen äußere Mündung an Labien befestigt wird. Glatte Wundheilung, indes Incontinentia urinae, mit Urinal entlassen. Makroskopische und mikroskopische Beschreibung des Tumors. Primäres Adenokarzinom. Verf. verbreitet sich dann über Ursprung, Lebensalter, Lokalisation, Symptome, Verlauf, Miktionsanomalien, den objektiven Befund, die Diagnose des primären weiblichen Harnröhrenkarzinoms, sowie dessen Prognose und operative Therapie. Dauerheilung bis jetzt nur in vier Fällen bekannt.

v. Miltner (München).

15) **D. Geiringer** (Neuyork). **Ein direktes Irrigationsurethroskop für Diagnose und Behandlung.** (Med. record 1913. Bd. LXXXIV. Nr. 10. p. 434.)

Beschreibung des Instruments (illustriert). Schottelius (Hamburg).

Radiologie.

16) **Levy-Dorn** (Berlin). **Erzeugung von Radioaktivität aus nicht radioaktiven Elementen.** (Berliner klin. Wochenschrift 1913. Nr. 35.)

Beim Überspringen des Induktorfunkens in der atmosphärischen Luft entstehen an der Kathode Strahlen von beträchtlichem Durchdringungsvermögen. Für das Zustandekommen der Strahlung scheint jedes Metall brauchbar zu sein.

Digitized by Google

Bei sonst gleichen elektrischen Verhältnissen zeigen verschiedene Metalle verschieden starke Strahlung. Durch dahingehende Versuche wurde bewiesen, daß es sich um eine Strahlung des Kathodenmetalls handelt. Ihr liegt eine durch den Hochspannungsstrom bewirkte Zersetzung zugrunde. Man kann durch Funkenüberschlag andere Stoffe radioaktiv machen. Ein Vergleich der Kathodenaktivität mit einem Radiumpräparat von 12 mg ergab, daß die photographische Leistung der eines $^1/_7$ mg Radiums entspricht bei Bleikathode, 20 Minuten Expositionsdauer, 10 cm Funkenstrecke und 3 Milliampères. Die Versuche ergeben also, daß der Kathodenstrahlung am Induktor eine nicht geringe Aktivität innewohnt.

H. Fuchs (Danzig).

17) **Oskar Hértwig (Berlin). Zur Radiumbiologie.** (Naturwissenschaften 1. Jahrg. Hft. 37. 1913.)

Aus dem interessanten Referat, das für den internationalen Kongreß in London erstattet wurde, sei hervorgehoben, daß Verf. auf Grund seiner Untersuchungen an Seeigeleiern zu einer vollkommenen Ablehnung der von Schwarz aufgestellten Lezithinhypothese zur Erklärung der biologischen Radiumwirkung gekommen ist. Denn einmal halte sie einer Kritik auf chemischer Basis nicht stand; die dem Lezithin zugeschriebene spezifische Radiumempfindlichkeit existiert nach neueren Befunden nicht, da es schon von selbst leicht zersetzlich ist. Noch mehr ist aber die Hypothese durch das biologische Experiment erschüttert, zugleich aber auch Ersatz für sie durch den sicheren mikroskopischen Nachweis erbracht worden, daß die Kernsubstanzen es sind, welche durch kürzere oder längere Bestrahlung in ihren Lebenseigenschaften beeinflußt und in tief eingreifender Weise verändert werden. Damit werden wohl die therapeutischen Versuche, die mit dem Zerfallprodukt des Lezithins, dem Cholin, angestellt wurden, hinfällig.

Linzenmeier (Kiel).

18) **Latzko und Schüller (Wien). Zur Radiumbehandlung des Krebses.** (Wiener klin. Wochenschrift 1913. Nr. 39.)

Ausführliche Mitteilung des klinischen Verlaufes, der angewandten Dosierung und der mikroskopischen Untersuchung von 7 mit Radium bestrahlten Karzinomen (5 Kollumkarzinome, 1 Ovarialkarzinom, 1 Kolonkarzinom). In 3 Fällen war ein mächtiger Einfluß der Radiumbestrahlung auf die Tumoren unverkennbar; das zeigte sich außer der klinischen Besserung besonders an den histologischen Veränderungen der Probeexzisionen. Die gut wiedergegebenen histologischen Bilder stimmen mit den bisherigen Erfahrungen überein. Da, wo die Strahlen intensiv einwirken, verschwinden allmählich die Karzinomzellen und werden durch derbes Bindegewebe ersetzt. Die genauere Untersuchung eines durch $3^1/_2$monatige Behandlung operabel gewordenen Falles ergab am exstirpierten Uterus noch vereinzelte Krebsnester in der Tiefe. Im einzelnen ließen sich nach Einwirkung gefilterter Radiumstrahlen drei Gruppen von histologischen Veränderungen nachweisen: 1) Entzündung und Nekrose an der bestrahlten Oberfläche, 2) Degeneration der Neoplasmazellen bis zur vollständigen Resorption (Phagocytose), 3) Zunahme des Bindegewebes und Gefäßveränderungen. Wo die Bedeckung der Tumoren mit unveränderter Haut oder Schleimhaut oder die Nachbarschaft wichtiger Organe, wie große Gefäße, Darm, Blase usw. es verbietet, die zerstörende Wirkung der Radiumstrahlen wegen Gefahr der Blutung oder Perforation zu verwenden, muß man stark filtern durch 2—3 mm dickes Blei oder 0,8—1,1 mm dickes Goldfilter, damit nur nur die härtesten β- und die gesamten γ-Strahlen zur Wirkung kommen. Leider wird dadurch die Menge der Strahlenenergie auf 2—3% der gesamten Strahlung reduziert. Bei schwach ge-

Digitized by Google

filtertem Radium, wie es in 0,05—0,12 mm dicke Silberhülsen gebrauchsfertig eingeschlossen ist, kommen ca. 50% der harten β-Strahlen zur Wirkung; ein großer Teil davon wird in den obersten Schichten resorbiert und entfaltet daher dort eine zerstörende Wirkung, doch gelangt zweifellos ein großer Teil der wirksamen Strahlen — ein viel größerer, als wenn man die Strahlen durch Bleifilter abfängt — noch in die Tiefe des Gewebes. Man ist daher imstande, durch schwach gefiltertes Radium eine intensiv zerstörende Oberflächenwirkung und eine kräftige Tiefenwirkung zu entfalten. In den behandelten Fällen wurden unbeabsichtigte Gewebsschädigungen nur einmal erlebt durch Sekundärstrahlung von einem zum Schutze der Vagina eingeführten Bleipessar aus. Auf Grund ihrer bisherigen nur kurzen Erfahrungen und der bisher bekanntgegebenen Erfolge mit Radiumbehandlung in der Literatur halten es die Verff. noch für verfrüht, eine operationslose Behandlung des Karzinoms zu empfehlen. Für inoperable Karzinome halten sie das Radium für einen unschätzbaren Gewinn. Operable Tumoren werden sie nur dann operationslos behandeln, wenn die besonderen Umstände des Falles die primäre Mortalität der Operation so hoch erscheinen lassen, daß das Risiko der Radiumbehandlung (durch Versäumung der Operationsmöglichkeit) demgegenüber nicht zu hoch erscheint. Linzenmeier (Kiel).

19) **Wertheim (Wien). Radiumbehandlung des Gebärmutterkrebses.** (Wiener klin. Wochenschrift 1913. Nr. 41.)

Verf. gibt in dem Referat, das für die Naturforscherversammlung in Wien erstattet wurde, ein Urteil ab über seine bisherigen Erfahrungen mit Radium- und Mesothoriumbehandlung bei Uteruskarzinomen. Er beschränkt sich in der Hauptsache auf Schlußfolgerungen, die sich aus der histologischen Beschaffenheit der bestrahlten Karzinome ziehen ließen, da eine klinische Würdigung wegen der Kürze der Erfahrungszeit (10 Wochen) nicht angängig erschien. Es wurden 19 Fälle mit Radium, 3 Fälle mit Mesothorium behandelt, davon waren 9 gut operabel. Eine Beeinflussung des Uteruskrebses war in allen Fällen zu konstatieren. Makroskopisch war in einigen Fällen eine verschieden rasch zustandekommende Einschmelzung eines vorhandenen Tumors zu beobachten, in anderen Fällen nur Schorfbildung und in solchen Fällen, wo es sich um ulzerierende Karzinomhöhlen handelte, war meist eine Reinigung und eine Verkleinerung derselben unverkennbar. Mikroskopisch konnten die bekannten Veränderungen festgestellt werden: Verklumpung der Kerne, Pyknose, Vakuolisierung, Auflösung der Zellstruktur. Eine Beeinflussung bis zum vollständigen Schwinden des Tumors bzw. bis zur Heilung ergab sich nur in den Fällen, in denen es sich um oberflächliche Karzinome handelte; denselben Effekt hätte man wahrscheinlich auch mit anderen verhältnismäßig geringfügigen Mitteln erzielen können. Eine genügende Tiefenwirkung konnte in den bisherigen Fällen nicht konstatiert werden. (Das lag vielleicht an einer unvollkommenen Technik. Ref.) Dagegen sind in einer Reihe von Fällen beträchtliche Schädigungen aufgetreten, besonders lokaler Natur. Trotz dieser wenig erfreulichen Resultate wird Verf. die Radiumbehandlung des Uteruskarzinoms fortsetzen, allerdings in außerordentlich vorsichtiger Weise. Die Technik, die in der kurzen Zeit noch nicht sehr vervollkommnet sein konnte, worauf vielleicht mancher Mißerfolg zurückzuführen ist, soll in Zukunft derart gestaltet werden, daß eine Filterung von 1—2 mm Blei angewendet wird und zum Schutz gegen Sekundärstrahlung 10 bis 20 Schichten Papier, welche mit Gummistoff fixiert werden. Von den großen Dosen soll vollkommen abgesehen werden und in continuo sollen nicht mehr als 3000 mg Stunden appliziert werden, worauf eine mehrtägige Pause einzutreten hat. Das klinische Allgemeinbefinden muß stets

Digitized by Google

sorgfältig kontrolliert werden. Auf keinen Fall geht es an, die operative Behandlung des Uteruskrebses voreilig zu diskreditieren, die ja doch bisher die weitaus sicherste Heilungsmethode darstellt. Linzenmeier (Kiel).

20) **Sigwart und Händly (Berlin). Das Mesothorium in der Gynäkologie.** (Med. Klinik 1913. Nr. 33.)

Die Strahlentherapie in der Gynäkologie ist ausgegangen von der Myombestrahlung. Notwendig ist dazu die Tiefenwirkung der Strahlen. Diese wird erreicht sowohl durch starke Filterung der Radiumstrahlen als auch durch Anwendung des Mesothoriums. Leider ist der Gehalt desselben an für die Tiefenwirkung notwendigen γ-Strahlen sehr gering. Um eine genügende Menge hiervon zu erhalten, muß man die α- und β-Strahlen abfiltern durch 1 mm dicke Aluminiumfilter.

Am deutlichsten trat die schnelle Wirkung der γ-Strahlen bei klimakterischen Blutungen auf. Dieser Erfolg legte es nahe, die Lichttherapie auf die Karzinome zu übertragen. Die Röntgentechnik wurde dabei auf das Mesothorium übertragen. Es wurden bis zu 10 000 X Kienböck bzw. 25 000 mg-Stunden für das Mesothorium erreicht. Die Berliner Technik nimmt Mesothorium- und Röntgenstrahlen nebeneinander. Die Erfahrungen waren dieselben, wie die der anderen Forscher auf diesem Gebiete. Insbesondere aber erreichten sie durch Anwendung auch der β-Strahlen Aufhören der Blutung und Jauchung bei Karzinomen, die Oberfläche reinigte sich bald. Die Plattenepithelkarzinome sind am leichtesten zu beeinflussen, wie das ja auch zu erwarten war. Doch auch die Schleimhaut- und Drüsenkrebse verschwinden bald. Die Erfolge sind aber bisher nur so aufzufassen, daß sie eben das klinische Bild verändern; in der Tiefe der Geschwulstpartien können noch lebende Karzinomzellen zu finden sein (mikroskopisch). Das darf uns aber nicht entmutigen. Die Technik der Tiefenbestrahlung steht erst im Anfang und wird Besserung bringen. Die Strahlenbehandlung ist jedenfalls heute schon bei inoperablen Karzinomen allen anderen Verfahren überlegen. Kontrolliert wird der Erfolg der Strahlenbehandlung an Exzisionen aus dem Uterus nach einiger Zeit der Bestrahlung. Morphologisch ist wichtig: Die Zellen quellen, die Mitosen schwinden, Riesenzellen treten auf als Zeichen der gestörten Zellvermehrung, die Kerne verfallen der typischen Karyolysis. Die Fortschaffung dieser Zerfallsprodukte geschieht durch Einwanderung von Leukocyten, die schon sehr früh nach Beginn der Bestrahlung zu sehen sind. An Stelle der Karzinomzellen bildet sich Bindegewebe. Letzteres ist also nicht infolge der Strahlenbehandlung entstanden, sondern sekundär zur Defektdeckung. Die regionären Metastasen werden bisher nicht beeinflußt. H. Köhler (Kiel).

21) **Paul Lazarus (Berlin). Zur Radiotherapie der Karzinome.** (Berliner klin. Wochenschrift 1913. Nr. 28.)

Wiedergabe von Diskussionsbemerkungen aus einer Sitzung der Berliner medizinischen Gesellschaft: Die γ-Strahlen sind den härtesten Röntgenstrahlen um das 40fache überlegen und lassen sich leichter an der gewünschten Stelle applizieren. Ob die Strahlen vom Radium oder Mesothorium herrühren, ist ziemlich gleich, letzteres verliert aber nach 10 Jahren seine hohe Aktivität, die in weiteren 20 Jahren auf $^1/_4$ ihrer Stärke sinkt, um dann konstant zu bleiben. Eine rationelle Bestrahlung mit hochwirksamen Präparaten haben Wickham und Degrais eingeführt, deren Technik L. wiedergiebt. L. warnt vor zu kleinen Dosen, da sie das Wachstum des Tumors direkt anregen können. Durch hohe, kurze Zeit angewandte Dosen erreicht man mehr, als mit kleinen, lange einwirkenden Dosen. Von einer Einführung von Pechblende in Gummisäckchen verspricht sich L. auf

Digitized by Google

Grund der von ihm beobachteten mangelnden Einwirkung auf photographisches Papier wenig. Mit Verabreichung von Thor-X (intravenös oder per os) wurden vom Verf. gute Erfolge erzielt. Operable Krebse sind nach wie vor zu operieren. Die Strahlentherapie ist in erster Linie zur Verhütung und Beseitigung von Rezidiven und zur Behandlung inoperabler Fälle zu verwenden.

H. Fuchs (Danzig).

22) **B. Keetmann** (Berlin). **Zur Strahlentherapie der Geschwülste.** (Berliner klin. Wochenschrift 1913. Nr. 39.)

Uneinheitliche Strahlengemische wie Röntgen- und Radiumstrahlen lassen sich nicht durch Bestimmung ihres Ionisierungsvermögens vergleichen. Zulässig ist dies nur für ihre Oberflächenleistung. Die Gesamtenergie der β- und γ-Strahlen des Radiums und Mesothoriums ist gleich groß. Die Absorption der β-Strahlen in allen Materien ist dagegen ungefähr 100mal so groß wie die der γ-Strahlen. Die härtesten Röntgenstrahlen sind viel weniger durchdringend als die γ-Strahlen des Radiums und Mesothoriums. Zu dicke Filter schwächen die Wirkung der Strahlen. Die Angabe von »Milligrammstunden« ist ungenügend, da die Wirkung abhängig ist erstens von der angewandten Menge der strahlenden Substanzen, zweitens von der Konzentration der aktiven Substanz pro Flächen- bzw. Volumseinheit, drittens von der Entfernung des Präparates vom Objekt. Eine längere Bestrahlungsdauer kann eine größere Aktivitätsmenge nicht ersetzen.

H. Fuchs (Danzig).

23) **S. Löwenthal** (Braunschweig). **Zur Strahlentherapie der Geschwülste.** (Berliner klin. Wochenschrift 1913. Nr. 33.)

Als Maßeinheit für die Ionisierung durch Röntgenstrahlen ist nach dem Vorschlage des Verf.s diejenige zu bezeichnen, welche der durch 1 mg Radiumbromid (in Substanz) unter gleichen Bedingungen gemessenen entspricht. Beim histologischen Effekt spielt wahrscheinlich das Atomgewicht der die Körperzellen aufbauenden chemischen Elemente eine große Rolle. Der Absorptionskoeffizient der Strahlung wächst mit dem Atomgewicht. Für die Nukleoproteide, die den Zellkern aufbauen helfen, ist der Eisengehalt von großer Bedeutung, insofern als dem Eisen wichtige Eigenschaften als Katalysator zukommen. Ob diese nun durch Röntgenlicht oder radioaktive Strahlung beeinflußt werden, ist noch experimentell zu klären. Alle biologisch wirksamen Strahlenarten wirken am gleichen Angriffspunkt in gleichem Sinne. Sie unterscheiden sich nur durch ihr Durchdringungsvermögen, das den Ort ihrer maximalen Absorption und damit die spezifische Wirkung auf bestimmte Gewebsschichten bestimmt. Ziel der Strahlentherapie muß sein, den Schwellenwert zu bestimmen, unterhalb dessen die Strahlendosis als Wachstumsreiz wirkt. Diese Grenze ist zu überschreiten und der Tumor so lange unter der Hemmungswirkung der Strahlen zu halten, bis der Kampf der beiden antagonistischen Prozesse in der Zelle endgültig zugunsten der regressiven Tendenz entschieden ist. Eine lokal durchaus erfolgreiche Behandlung ist nicht sicher imstande, Metastasen zu verhüten. Für die Röntgentiefentherapie dürften sich in Zukunft kombinierte Aluminium-Platinfilter eignen. Die Frage, wie man dem Kranken eine der aktinischen Bestrahlung nahekommende mehr oder weniger permanente Röntgenbestrahlung applizieren kann, wird zurzeit vom Verf. experimentell geprüft.

H. Fuchs (Danzig).

24) **R. Werner** (Heidelberg). **Erfahrungen mit den chemisch-physikalischen Behandlungsmethoden des Krebses im Samariterhause.** (Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 38.)

Zur Verstärkung der Strahlenwirkung wird das Enzytol intravenös injiziert.

Digitized by Google

Enzytol ist das borsaure Salz des Cholins, das von den Vereinigten chemischen Werken in Charlottenburg in den Handel gebracht wird. Die Injektion mit Enzytol macht die Tumoren gegen die Strahlenbehandlung empfindlicher, so daß verhältnismäßig geringe Strahlenmengen genügen, um die gewünschten Veränderungen an den malignen Tumoren hervorzurufen. Die Injektionen werden fast täglich vorgenommen und 3—4 Wochen hindurch fortgesetzt. Trotz bedeutender Vermehrung der eingeführten Enzytolmengen wurde eine obere Grenze für die Gesamtdose noch nicht gefunden. Nebenwirkungen sind Kongestionen, Speichelfluß, Tränen der Augen und Schwindelgefühl.

Obwohl fast ausschließlich inoperable Fälle schwerster Art und Rezidive nach Radikaloperationen der radiochemotherapeutischen Behandlung im Samariterhause unterworfen wurden, kann Verf. doch über eine ganze Reihe außergewöhnlich günstiger Erfolge berichten. So bildeten sich bei 10 Mammakarzinomen multiple Drüsenpakete und eine Aussaat von kutanen und subkutanen Knoten zurück. Auch maligne Lymphome, inoperable Lippenkarzinome, Pharynxkarzinome mit Halsdrüsen, ein Zungenepitheliom, Magenkarzinome bildeten sich zurück. Die Erholung der Kranken aus schwerem, scheinbar hoffnungslosem Zustande war in allen diesen Fällen überraschend.

Bei fünf Uteruskarzinomen ging eine diffuse Infiltration der Parametrien und des Beckenbodens zurück. In zwei Fällen konnte der außerordentlich günstige Einfluß der Behandlung durch die Sektion nachgewiesen werden. Von einem kindskopfgroßen Rezidivtumor war nur eine kleinapfelgroße Schwellung und eine dünne Schwarte am Beckenboden zurückgeblieben, eine Oberschenkelmetastase war verschwunden.

Trotz solcher Beeinflussung der malignen Tumoren durch die kombinierte radiochemotherapeutische Behandlung wagt Verf. doch nicht von gesicherten Dauererfolgen zu sprechen. Denn bei einer ganzen Reihe von Fällen, bei welchen das bösartige Geschwulstgewebe scheinbar vollständig verschwunden war, kam es nach Monaten zu schweren Rückfällen. Solche Rezidive setzen dann der Behandlung oft einen viel hartnäckigeren Widerstand entgegen als die Primärtumoren. Frickhinger (München).

25) **H. Krukenberg** (Elberfeld). **Ein neuer Vorschlag zur Radiotherapie.** (Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 38.)

Der Verf. schlägt die Anwendung des wolframsauren Kalziums zur Verstärkung und besseren Lokalisation der Bestrahlungstherapie vor. Einer Pat. mit Mammakarzinom wurde 0,4 wolframsaures Kalzium in physiologischer Kochsalzlösung aufgeschwemmt in den Tumor eingespritzt und dann Bestrahlung mit Röntgenstrahlen angewendet. Nach Ausführung der Mammaamputation ergab die mikroskopische Untersuchung stellenweise das Bild der Nekrose und der mehr oder weniger vorgeschrittenen Zelldegeneration des Tumors in der Umgebung der Injektionsstelle, an anderen Stellen jedoch nicht. Frickhinger (München).

26) **S. Lange** (Cincinnati). **Röntgentherapie in gemessenen starken Dosen.** (Journ. amer. med. assoc. 1913. Bd. LXI. Nr. 8. p. 557.)

Ohne auf die von ihm angewandte Technik der Messung und verabfolgte Strahlenquantitäten einzugehen, empfiehlt Verf. die von Gauss u. a. ausgebildete Intensivbestrahlung im Gegensatz zu den früher angewandten geringen Dosen. Tiefer liegende Karzinome sollen durch Zurückpräparieren der deckenden Schichten den Strahlen zugänglicher gemacht werden; ebenso sind oberflächliche Karzinomschichten zu exkochleieren. Schottelius (Hamburg).

Digitized by Google

27) **W. A. Pusey** (Chicago). **Was kann mit Röntgenstrahlen bei Krebs erreicht werden?** (Journ. amer. med. assoc. 1913. Bd. LXI. p. 552.)

Krankengeschichten und instruktive Abbildungen beweisen die Heilkraft der Röntgenstrahlen bei oberflächlichen Karzinomen. Der histologische Charakter ist nach P.'s Ansicht gleichgültig für den Erfolg. Wenn sich auch stets einzelne Fälle der Bestrahlung gegenüber als refraktär erweisen, so ist die Röntgentherapie doch stets allein oder in Verbindung mit Operation indiziert.

Schottelius (Hamburg).

28) **A. Laquerrière. Indikationen und Kontraindikationen der Radiotherapie gegen Fibrome und Blutungen des Klimakteriums.** (Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. 8. Jahrg. Nr. 9.)

Die Affektionen, welche eine Operation kontraindizieren, wie Kardiopathie, Anämie, Neuropathie usw., gestatten eine Röntgenbehandlung. In allen Fällen, in denen durch das Fibrom (Polyp, Degeneration, Krebs, Salpingitis usw.) eine sofortige Operation bedingt ist, ist eine Bestrahlung kontraindiziert. In einem Falle von Kombination von enormen Fibromen mit chronischer Adnexerkrankung sah der Verf. durch die Bestrahlung Heilung eintreten. Sehr große Tumoren oder wachsende Tumoren werden besser operiert, da eine Verkleinerung nach der Bestrahlung nicht mit Sicherheit erwartet werden kann. Was das Alter anbelangt, so ist die Bestrahlung nahe der Menopause indiziert. Bei jüngeren Frauen ist von einer Bestrahlung abzusehen. Hohl (Bremerhaven).

29) **Antoine Lacassagne** (Lyon). **Experimentelle Resultate der Ovarienbestrahlung. Schlußfolgerungen über den therapeutischen Wert der Strahlen in der Gynäkologie.** (Ann. de gyn. et d'obst. Bd. X. Hft. 8.)

Bei Filterung mit 4 mm Aluminium, 20 oder 22 H und Haut-Antikathodenabstand von ca. 20 cm wurden Kaninchenovarien bestrahlt. Es verschwanden fast alle Follikel, nach 3—4 Monaten waren die Tiere sterilisiert. Bei Bestrahlung nur eines Eierstocks degenerierte dieser, der andere blieb erhalten. Nach 6—8 Monaten tritt eine Reparation (nicht Regeneration) ein, indem die nicht zerstörten Follikel wieder anfangen, sich zu entwickeln. Eine zweite Bestrahlung macht die Zerstörung der Eierstöcke vollständig. Bei Säugetieren tritt infolge des größeren Antikathodenabstandes, des größeren Schutzes des Ovariums durch die tiefe und unbestimmte Lage nach einmaliger Bestrahlung keine Sterilisation ein, doch können Atrophie der Lieberkühn'schen Drüsen, Darmgeschwüre, ja Perforationen und der Tod nach einigen Monaten eintreten. Dabei kann die Funktion des Ovariums sich sehr schnell wieder reparieren. Bei der Frau treten die Darmerscheinungen scheinbar nicht ein infolge der schwächeren und selteneren Bestrahlung. Bei der Bestrahlung der Fibrome scheint mehr der Tumor als das Ovarium angegriffen zu werden, deshalb soll man die Strahlen mehr auf diesen richten. Das Zessieren der Menses ist nur eine Folge der Zerstörung der größeren Follikel. Hohl (Bremerhaven).

30) **R. Eben** (Prag). **Fall von Röntgenstrahlenulcus von elfmonatiger Dauer ohne Heilungstendenz, Heilung mit Zeller'scher Pasta.** (Prager med. Wochenschrift 1913. Nr. 35.)

Bemerkenswert durch die gelungene Therapie. Piering (Prag).

Digitized by Google

31) **S. B. Childs und W. M. Spitzer (Denver). Röntgenographie der normalen Niere, des Beckens und des Ureters.** (Journ. amer. med. assoc. 1913. Bd. LXI. Nr. 12. p. 925.)

Vortrag der 64. Versammlung der Amer. med. assoc. Referiert in diesem Blatte 1913, p. 1366. Schottelius (Hamburg).

Ovarium.

32) **Serge Voronoff (Nizza). Eierstockeinpfropfungen.** (Internationaler Kongreß London, Oktober 1913.)

Die von Carrel vorgenommene Einpfropfung der Organe hat ihm, was die entfernten Folgen betrifft, zwei entgegengesetzte Resultate ergeben. Im Falle der Auto- oder Selbsteinpfropfung, bei der das herausgenommene Organ wieder in den Körper desselben Tieres eingesetzt wurde, welchem es entnommen worden war, hat Carrel ein sehr langes Überleben der Tiere erzielt, welche ihre momentan entfernten Organe dank dieser Einpfropfung wieder erhalten hatten. Im Falle von Hetero- oder Fremdeinpfropfungen andererseits, bei welchen das Organ in den Körper eines anderen Tieres derselben Art übertragen wurde, hat Carrel solche Tiere stets nach etwa 4—6 Wochen sterben sehen. (Vortrag im Pariser Broca-Krankenhause, Juni 1913.)

V. meinte, daß die beständigen Mißerfolge der Fremdeinpfropfungen von Carrel deshalb eintreten, weil der Austausch der Organe zwischen Individuen vorgenommen wurde, die einander nicht nahe genug standen, denen es also an jeder biologischen Verwandtschaft fehlte. Daher nahm er diese Versuche in der St. Margarethen-Klinik in Nizza mit Schafen vor, die genau derselben Art angehörten und häufig sogar miteinander verwandt waren. Unter diesen Umständen sind mit der Eierstockseinpfropfung sehr gute Erfolge erzielt worden.

V. hat Geschlechtsorgane vorgezeigt, die Schafen entnommen wurden, 6 Monate nachdem sie die Einpfropfung des von einem anderen Schafe stammenden Eierstocks überstanden hatten. Der Eierstock wurde in vollkommen lebensfähigem Zustande vorgefunden. Dieser anatomischen Demonstration, die er schon vor einem Jahre auf dem Französischen Chirurgenkongreß in Paris gemacht, fügte er diesmal einen entscheidenden Beweis des Erfolges hinzu. Er zeigte dem Kongreß ein Lämmchen, von einem Schaf geboren $1^1/_2$ Jahre nachdem die Mutter die doppelte Kastration und die Einpfropfung eines einem anderen Schaf entnommenen Eierstocks überstanden hatte.

Er besitzt gegenwärtig in Nizza noch sechs Schafe, die vor einem Jahre oder vor 2 Jahren unter gleichen Umständen operiert worden waren. Ihr Gesundheitszustand ist vortrefflich, und die Tierärzte Duqueux und Grognard, unter deren Aufsicht sie sich befinden, sehen der Geburt noch anderer Lämmer im nächsten Herbst entgegen. (Autoreferat.)

33) **R. Keller (Straßburg). Über Funktionsprüfungen der Ovarialtätigkeit.** (Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 39.)

Die Arbeit enthält eine Nachprüfung der Resultate von Cristofoletti und Adler, welche fanden, daß bei ausfallender oder herabgesetzter Ovarialfunktion eine erhöhte Empfindlichkeit gegen kleine Adrenalindosen besteht. Diese Erscheinung soll auf einer Steigerung der Erregbarkeit des Sympathicus beruhen. In gleichem Sinne werden auch die klimakterischen Beschwerden erklärt.

Als positive Adrenalinreaktion werden Puls und Temperaturerhöhung, posi-

Digitized by Google

tive Zuckerreaktion, Zittern, Rötung und Wallung, Schwindelgefühl usw. angesehen. Unter 20 Fällen, bei denen eine Hypofunktion der Ovarien nach den klinischen Erscheinungen anzunehmen war, oder bei denen die Eierstöcke überhaupt entfernt worden waren, trat auf Adrenalininjektion nur 5mal deutliche positive Reaktion ein. Dieses Resultat stellt die Annahme, daß nach Ausfall der Ovarialtätigkeit eine Erhöhung des Sympathicustonus eintritt, etwas in Frage. Zum mindesten ist es aber zweifelhaft, ob man überhaupt in der Lage ist, durch Arzneimittel die Erhöhung des Sympathicus nachzuweisen.

Ebenso unsicher war die Reaktion auf vagotrope Mittel (Atropin-Pilokarpin) bei solchen Kranken, bei denen eine Hyperfunktion der Ovarien anzunehmen war.

Frickhinger (München).

34) **M. Patel** (Lyon). **Spontane Ruptur von Ovarialcysten während der chirurgischen Anästhesie.** (Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Jahrg. VIII. Nr. 8.)

Verf. berichtet über zwei Fälle von Ovarialcysten, die im Beginn der Narkose (der eine in Rückenmarksanästhesie, der andere in Äthernarkose) platzten. Den Grund hierfür sieht er darin, daß im Beginn der Narkose starke Kontraktionen der Bauchpresse stattfinden, wodurch ein plötzlicher starker Druck auf die Cystenwand ausgeübt wird. Beide Pat. wurden durch abdominelle Entfernung der Cysten geheilt.

Hohl (Bremerhaven).

35) **S. Adachi** (Japan). **Ein Fall von Knochenbildung im Corpus albicans.** (Zentralbl. f. allg. Pathologie u. pathol. Anatomie Bd. XXIV. Hft. 19.)

Im Ovarium einer 67jährigen Frau mit Residuen von Pelveoperitonitis fand sich ein Gewebsbezirk mikroskopisch aus verkalktem Bindegewebe und vollentwickelter, kompakter Knochensubstanz mit Markhöhle, Havers'schen Kanälen und Fettmark bestehend. Eine durch blastomatöse Prozesse bedingte Ossifikation wird abgelehnt, desgleichen wegen des Fehlens von Osteoblasten die gewöhnliche Form der Verknöcherung. Es wird vielmehr die Verkalkung als der primäre Vorgang angesehen, an den sich unter Resorption des Kalkes Lamellenbildung um eine Markhöhle, vielleicht auch (analog den Marchand'schen Befunden bei der Knochentransplantation) eine direkte Substitution des Kalkes durch Vorrücken schon gebildeter lamellöser Substanz angeschlossen haben mag.

A. Wilke (Kiel).

36) **Winter. Über gestielte kleincystische Degeneration der Ovarien.** Inaug.-Diss., Erlangen, 1913.

Nach Würdigung der bislang bekannten Fälle folgt ausführlich ein in der Universitäts-Frauenklinik Erlangen beobachteter Fall mit Abbildung des durch die Operation gewonnenen Präparates. Die Beschwerden der 36jährigen Pat. waren unregelmäßige Blutungen und Stuhlverhaltung; klinisch war ein bis zum Rippenbogen reichender, fluktuierender Tumor tastbar. Bei der Operation fand man neben einem großen Parovarialkystom beide Ovarien mit erbsen- bis kirschgroßen gestielten Cysten besetzt. Außerdem waren an den Ovarien noch kleinste, warzenförmige Exkreszenzen zu bemerken, teils solide, teils in Cystchen umgewandelt. Die Auskleidung der Cystenwände bestand aus einschichtigem Zylinderepithel. Da alle bisherigen Beobachtungen dieser Art kindskopfgroße Tumoren betrafen, so sieht Verf. in seinem Präparat ein Frühstadium der Entwicklung dieser Geschwülste.

G. Brommer (Erlangen).

Digitized by Google

37) **W. C. MacCarty** und **W. E. Sistrunk** (Rochester, Minnesota). **Gutartige und bösartige Ovarialcysten.** (Surg., gynec. and obstetr. Vol. XVII. Nr. 1.)

Auf Grund der Untersuchung von 1000 Präparaten von Ovarialcysten aus der Mayo'schen Klinik werden folgende Schlüsse gezogen: Das wichtigste Unterscheidungsmerkmal ist das Auskleidungsepithel der Cysten. Mehrschichtiges Epithel runder oder ovaler Zellen ist charakteristisch für die einfachen Cysten, Zylinderepithel oder kubisches Epithel für Cystadenome, Luteinzellen für Corpus luteum-Cysten. Erst in zweiter Hinsicht ist die Frage zu entscheiden, ob es sich um eine einkammerige oder mehrkammerige Cyste handelt, ferner ob eine Blutung stattgefunden hat, und zwar intracystische oder extracystische. Bei Cystadenomen kommt es durch Wucherung des Epithels zu intracystischen Papillenbildungen oder auch unter Destruktion der Cystenwand zu extracystischen Papillomen. Maligne Tumoren enthalten nie das Epithel einfacher Cysten, sie gehen also wohl ausschließlich von Cystadenomen aus. Da bei kleinen Cysten die makroskopische Diagnose der Art oft nicht möglich ist, soll man noch während der Operation probeexzidierte Stückchen der Cystenwand mikroskopisch untersuchen und danach entscheiden, ob es sich um ein entfernungsbedürftiges Cystadenom handelt oder um eine einfache Cyste, die durch Entleerung des Inhalts zu beseitigen ist.

Robert Stern (Offenbach).

38) **W. Willems** (Königsberg i. Pr.). **Dermoidcyste zwischen den Blättern des Mesoappendix in ihrer differential-diagnostischen Stellung zu appendicitischen Tumorenbildungen.** (Beiträge z. klin. Chirurgie Bd. LXXXVI. Hft. 1.)

Bei einem 45jährigen Mann saß der gänseeigroße Tumor zwischen Coecum und der plattgedrückten Appendix. Dieser Fall, wie verschiedene ähnliche von anderer Seite veröffentlichte, wurde unter der Diagnose einer Appendicitis operiert.

Calmann (Hamburg).

39) **v. Zeynek** und **F. Alseder** (Prag). **Untersuchung des Fettes aus Ovarial- und Dermoidcysten.** (Prager med. Wochenschrift 1913. Nr. 38.)

Rein chemische Arbeit, zu kurzem Referat ungeeignet.

Piering (Prag).

40) **E. Jacobson.** **Ein Fall von sogenanntem Krukenberg'schem Tumor der Ovarien.** Inaug.-Diss., München, 1913.

Beschreibung eines einschlägigen, in der Münchener Universitäts-Frauenklinik zur Beobachtung gekommenen Falles mit ausführlicher Literaturübersicht.

O. Eisenreich (München).

Berichtigung.

In Nr. 44 p. 1629, Fußnote 6 lies »1900«, statt 1909.

Originalmitteilungen und Referate für das Zentralblatt wolle man an *Prof. Dr. W. Stoeckel* in Kiel, Monographien, Sonderdrucke und Bücher-sendungen an *Prof. Dr. W. Stoeckel* oder an die Verlagshandlung von *Johann Ambrosius Barth*, Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. W. Stoeckel in Kiel.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Digitized by Google

Zentralblatt für Gynäkologie

begründet von HEINRICH FRITSCH

herausgegeben von

WALTER STOECKEL in Kiel.

37. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 50. Sonnabend, den 13. Dezember 1913.

Inhalt.

Originalien: I. **Ph. Kreiss,** Herzfehler und Schwangerschaft. — II. **W. Weibel,** Die operative Behandlung der Rezidive nach der sog. Interpositio uteri vesico-vaginalis. — III. **E. Schürmann,** Eine neue Modifikation der von mir angegebenen vaginalen Ligamentfixation bei Retroflexio uteri.

Neue Bücher: 1) **Richter,** Geburtshilfliches Vademekum.

Zeitschriften: 2) Archiv für Gynäkologie Bd. C. Hft. 3. **Leidenius,** Desinfektion der Kreißenden. — **v. Winiwarter,** Extraktivstoffe der glatten Muskulatur. — **Knapp,** Frühaufstehen. — **Nebesky,** Nabelschnurzerreißung. — **Fellner,** Wirkung von Gewebsextrakten.

Psychiatrie und Neurologie: 3) **Bumke,** Gynäkologie und Psychiatrie. — 4) **Mitsuoka,** Psychose nach Tubenruptur. — 5) **Litchfield,** Ganglionitis posterior. — 6) **Passow,** Psychosen während der Schwangerschaft. — 7) **Pelz,** Hirntumor. — 8) **Wall,** Weiterentwicklung frühgeborener Kinder. — 9) **Beatus,** Asphyxie und psychische Störungen.

Allgemeine Geburtshilfe: 10) **Asch,** Erbrechen der Schwangeren. — 11) **Roedel,** Generationsvorgänge und Schwerhörigkeit. — 12) **Baker-Spalding,** Abdominalmessungen. — 13) **Gallant,** Sturzgeburten. — 14) **Kremer,** Alte Primiparae. — 15) **v. Haller,** Jugendliche Erstgebärende. — 16) **Waldvogel,** Geburtenstatistik.

Placenta, Eihäute, Fruchtwasser, Nabelschnur: 17) **Wolff,** 18) **Wagner,** Herkunft des Fruchtwassers. — 19) **Hoefl,** Phlegmonöse Entzündung der Membrana chorii. — 20) **Brouha,** Schwangerschaft außerhalb der Eihäute. — 21) **Tuszewski,** Nabelschnurvorfall. — 22) **Adair,** Versorgung des Nabelschnurrestes. — 23) **Alletsee,** Manuelle Placentarlösung.

Puerperalfieber: 24) **Watkins,** 25) **Kleinhans,** 26) **Ingraham,** 27) **Bertrand und Jeggin,** 28) **Le Masson,** 29) **Hahn,** 30) **Bullard,** 31) **Finkel,** Puerperalfieber.

Fötus und Neugeborenes: 32) **Lévy, Magnan und Sellet,** Wachstum des Fötus. — 33) **Levi,** Angeborene Hirnbrüche. — 34) **Finken,** Fötale Hydrocephalie. — 35) **Weber,** Anencephalie. — 36) **Urano,** Spina bifida. — 37) **Pusch,** Thorakopagus. — 38) **Roschke,** Doppelseitiger Radiusdefekt. — 39) **Neugebauer,** Außergewöhnliche Fruchtbarkeit des Weibes. — 40) **Bauholzer,** Einfluß des Nichtstillens. — 41) **Raudnitz,** Säuglings- und Kinderpflege.

Kaiserschnitt: 42) **Petersen,** 43) **Hirst,** 44) **Weile,** 45) **Baldwin,** 46) **Rosenthal,** 47) **Foulkrod,** 48) **White,** 49) **Schroeder,** 50) **Venator,** 51) **v. Hafenbraedl,** 52) **Gruber,** 53) **Gutzmann,** Kaiserschnitt.

I.

Aus der Königl. Frauenklinik Dresden.
Direktor: Prof. Dr. E. Kehrer.

Herzfehler und Schwangerschaft.

Von

Dr. Ph. Kreiss,

Assistenzarzt.

Nur ein sehr geringer Teil der Erkrankungen der Herzklappen und des Myokards erfährt durch die Schwangerschaft eine lebensbedrohliche Verschlimmerung. Als Beweis dieser bereits von Fellner, Jaschke u. a. aufgestellten Behauptung führe ich das Material der Dresdner Frauenklinik aus den letzten 10 Jahren

Digitized by Google

von 1903—1912 an. Von 23 577 Geburten, einschließlich der Aborte, die in diesem Zeitraum zur Beobachtung kamen, mußte nur 26mal, mithin in 1,1% aller Geburten, wegen hochgradig dekompensiertem Vitium cordis die Schwangerschaft artefiziell unterbrochen werden. Unter diesen 26 Fällen wurden

16mal Fehler der Mitralklappe, und zwar Insuffizienz 10mal, Stenose 2mal, Insuffizienz und Stenose 4mal,

3mal Fehler der Aortenklappen, und zwar je 1mal Insuffizienz und Kombination beider Vitien, endlich

2mal schwere degenerative Erkrankungen des Myokards beobachtet.

Von den 26 Frauen starben nur 4, d. h. 15,5% aller Dekompensationen, und wenn wir 2 Fälle, die an Sepsis am 5. bzw. 12. Tage p. p. ad exitum kamen — das eine Mal ausgehend von einem bei der künstlichen Frühgeburt entstandenen Cervixriß, das andere Mal im Anschluß an septische Endometritis — in Abrechnung bringen, wurde nur in 7,7% aller Dekompensationen ein letaler Ausgang beobachtet. Beziehen wir diese 2 Todesfälle auf 23 577 Geburten, so bekommen wir einen Prozentsatz von 0,008%.

Bei den beiden lediglich auf Rechnung des inkompensierten Herzfehlers kommenden Todesfällen handelte es sich das eine Mal um eine 33jährige IIpara, bei der wegen dekompensiertem Vitium, Stauungserscheinungen und Dyspnoe der Abortus arteficialis im 5.—6. Monat durch Laminaria und Blasenstich eingeleitet wurde. Trotz aller interner Medikation erfolgte der Tod im Spätwochenbett am 8. Tage unter den Erscheinungen schwerster Herzinsuffizienz. Die Sektion ergab Endokarditis der Mitralis und Mitralstenose, sowie multiple Infarkte beider Nebennieren.

Im zweiten Falle waren bei einer 34jährigen Ipara bereits in jeder der acht vorhergegangenen Spontangeburten Stauungserscheinungen und Dyspnoe aufgetreten. Die Frühgeburt wurde bei ausgesprochener Dekompensation mit Stauungsnephritis zu Beginn des 8. Lunarmonats mittels Bossi, Metreuryse und Perforation eingeleitet. Der Tod trat am 10. Wochenbettstage unter den Erscheinungen der Herzinsuffizienz ein. Bei der Sektion fand sich Mitralinsuffizienz, Dilatation sämtlicher Herzhöhlen, Nephritis und hochgradige Stenose der Trachea infolge retrosternaler Struma. Nach übereinstimmendem, klinischem und pathologisch-anatomischem Urteil war diese Struma in erster Linie für den Tod verantwortlich zu machen. Auch die Beobachtungen Fellner's, der unter 80 kompensierten und 156 dekompensierten Vitien 10mal die Komplikation des Vitium cordis durch Struma sah, weisen auf die Gefährlichkeit dieses Zusammentreffens hin. Von diesen 10 Frauen befanden sich 7 im Stadium der Dekompensation; 4mal wurde die Schwangerschaft künstlich beendet. In je einem Falle kam es zu Abort im 3. und zur Frühgeburt im 9. Monat.

Diesen Strumafall mit eingerechnet waren 50% unserer 26 Fälle durch andere Erkrankungen erschwert, und zwar die 16 Mitralfehler 9mal durch Nephritis, je 1mal durch Tuberkulose und Struma, die 3 Aortenfehler 1mal durch perniziöse Anämie, die 7 Myokarditisfälle 1mal durch Pleuritis und 2mal durch hochgradige Kyphoskoliose.

Auffallend häufig und wegen seiner Gefährlichkeit zu fürchten ist auch das Zusammentreffen von Herzfehler mit Nephritis. Das Plus von Anforderungen, das an ein gesundes Herz schon durch die Schwangerschaft allein gestellt wird, erhöht sich außerordentlich bei krankem, labilem Herzen und besonders noch durch die chronische Nephritis oder die chronische Schwangerschaftsniere, die ja meist mit stark gesteigertem Blutdruck einhergehen.

Digitized by Google

Bezüglich der Frage der Schwangerschaftsunterbrechung bei inkompensierten Herzfehlern vertreten wir einen möglichst konservativen Standpunkt. Besitzen wir doch eigentlich kein exaktes Kriterium, ob der Herzmuskel und die Reservekraft ausreichen, den erhöhten Anforderungen der Gravidität bis zum Ende zu genügen. Eine feststehende Norm, wann die Indikation zur Unterbrechung gegeben ist, läßt sich nicht aufstellen, sondern wir müssen von Fall zu Fall unsere Entschließung treffen. Auf Grund unserer Erfahrungen gehen wir folgendermaßen vor:

1) In leichten Fällen absolute Ruhe des Körpers und Geistes (am besten Krankenhausbehandlung) unter genauer Kontrolle der Urinmenge, des spezifischen Gewichts und der Harnbestandteile.

2) Wenn nach etwa 2 Tagen die Dekompensationserscheinungen bei diesem konservativen Verfahren nicht verschwinden, oder wenn schwerere Fälle in die Klinik eingeliefert werden, geben wir nach den von der internen Medizin aufgestellten Regeln Digitalispräparate, besonders Digalen oder Digipurat, Koffein, Kampfer, Adrenalin, Alkohol.

3) Schwinden trotzdem die Ödeme und die serösen Ergüsse in die Körperhöhlen nicht, sinkt die Harnmenge, steigt das spezifische Gewicht, treten als Ausdruck der Stauungsniere granulierte und epitheliale Zylinder auf, bleiben Dyspnoe und Cyanose und Extrasystolen bestehen, oder rezidivieren nach Aufhören der therapeutischen Maßnahmen sofort wieder die Inkompensationserscheinungen, so müssen wir schließen, daß das Herz den gesteigerten Anforderungen nicht genügen kann und zögern nicht mit der Unterbrechung der Schwangerschaft.

4) Ohne den vorherigen Versuch einer internen Therapie halten wir auf Grund früherer und in den 26 Fällen gemachten Erfahrungen die Schwangerschaftsunterbrechung für angezeigt: a. Bei angeborener Pulmonalstenose; b. bei Perikarditis und Exsudatbildung, falls Punktion nicht schnell Besserung gebracht hat (1 Fall); c. bei Kombination von frischer Endokarditis mit Myokarditis (1 Fall); d. bei ausgesprochener Insuffizienz Kyphoskoliotischer (2 Fälle), da wir wissen, daß gerade in diesen Fällen schon bei mäßigen Anstrengungen momentan der Tod eintreten kann; e. in Fällen, in denen der Herzfehler mit anderen ernsten Erkrankungen: Tuberkulose, Nephritis, perniziöser Anämie, großen Strumen usw. kombiniert ist.

Welches Verfahren soll nun zur operativen Entbindung herangezogen werden?

Berücksichtigt man, daß bei jeder Wehe der Blutverteilung ein erhöhter Widerstand entgegengesetzt wird, das Herz mithin eine größere Arbeit zu leisten hat, so wird man a priori darauf kommen müssen, die Wehentätigkeit auszuschalten oder möglichst einzuschränken und an Stelle der Metreuryse den vaginalen oder abdominalen klassischen Kaiserschnitt anwenden müssen. Beim vaginalen Kaiserschnitt besteht aber, gerade bei Stauungserscheinungen, bei denen Vulva, Vagina und Cervix oft in eine diffuse, blauschwarze Gewebsmasse umgewandelt sind, die große Gefahr der Verblutung. Es blutet — wie wir wiederholt sahen — wie aus kavernösem Gewebe und eine Umstechung und Ligierung macht oft die größten Schwierigkeiten. Wir verfügen über 2 Fälle von Tuberkulose und Nephritis — einen ähnlichen Fall von ganz außergewöhnlicher Stauung in den Beckenorganen bei einer sehr großen Struma hat Rübsamen aus der Berner Frauenklinik publiziert —, bei denen gelegentlich des vaginalen Kaiserschnittes ganz abundante, kaum zu stillende venöse Blutungen eintraten. Auf Grund dieser Erfahrungen lehnen wir den vaginalen Kaiserschnitt bei stärkeren Stauungserscheinungen ab und ersetzen ihn bei lebensfähigem Kinde durch den klassischen Kaiserschnitt, den

Digitized by Google

man in hoher extraduraler Anästhesie vornehmen kann. In weniger ernsten Fällen dagegen bedienen wir uns der Metreuryse, welche, wie die kritische Durchsicht unserer 26 Fälle von Dekompensation lehrt, 14mal ausgeführt wurde und warten danach womöglich die Spontangeburt ab. Nur in einem Falle mußte der Metreurynter nach 2stündigem Liegen wieder entfernt werden, weil die Erscheinungen der Herzinsuffizienz rapide zunahmen; es wurde in diesem Falle Bossidilatation und Wendung ausgeführt.

Was die Sterblichkeit der, unter den 26 Fällen, 13 lebensfähigen Kinder anbetrifft, so beträgt dieselbe 4 = 30%. Von den 9 lebenden wurden 6 spontan, 3 mittels Wendung, Zange und Kaiserschnitt geboren.

II.

Aus der II. Universitäts-Frauenklinik in Wien.
Vorstand: Prof. E. Wertheim.

Die operative Behandlung der Rezidive nach der sog. Interpositio uteri vesico-vaginalis.

Von

Privatdozent Dr. W. Weibel,
Assistenten der Klinik.

Nicht immer erfüllt die Interpositio uteri vesico-vaginalis genannte Operation den ihr zugedachten Zweck, eine Senkung des Uterus dauernd zu beseitigen. Manchmal schon nach Wochen, in anderen Fällen erst nach Jahren, kommt es zu Rezidiven, wobei man zwei Typen des Mechanismus der Entstehung beobachten kann, zwischen denen es auch natürlich Übergänge und Kombinationsformen gibt. Entweder es gleitet die Portio an der hinteren Scheidenwand nach abwärts und erscheint dann schließlich in der Vulva. Dabei kann der Fundus seinen ihm durch die Einlagerung vor die Blase gegebenen Platz unter der Urethra beibehalten, falls die Fixation hierselbst eine genügende war (Fig. IIa), oder er löst sich aus dieser Fixation und gelangt, nach rückwärts schlüpfend, in eine Retrodeviationsstellung (Fig. IIb). Daß diese Loslösung die Entstehung eines Rezidives befördert, liegt auf der Hand, da der durch die Einnähung des Uterus geschaffene Verschluß des Hiatus genitalis damit verloren geht.

Der zweite Typus der Rezidive ist jener, bei dem der Fundus uteri zuerst vor die Vulva tritt (Fig. III). Hier erleidet der ganze Uterus eine Verschiebung nach unten und vorn, parallel zu seiner ihm durch die Interpositio uteri gegebenen Stellung (Fig. I). Der erste Eindruck, den ein derartiger Rezidivprolaps bei der Inspektion macht, ist der einer Cystokele, die Palpation und Blasensondierung zeigt jedoch, daß die Blase dem Rücken des Uterus aufgelagert und der mit Scheide überzogene Uteruskörper vorgefallen ist.

Die bisher übliche Art der Einnähung des Uterus, wie sie durch die sogenannte Interpositio uteri geschieht, bei der der Uterus locker aufgehängt wird, weist mehrere schwache Punkte auf, von wo aus es zu einem Rezidiv kommen kann, erstens die Beweglichkeit des Collum uteri, wenn die Sacrouterinligamente lang und schlaff sind, zweitens die Art der Fixation des Fundus an die Scheide und schließlich die Qualität des Dammes. Ist die Suspension des Kollums nach rückwärts mangelhaft, dann tritt das Rezidiv nach Typus IIa oder IIb auf, ist die

Digitized by Google

Fixation des Fundus eine ungenügende, weil die Scheide zu schlaff ist und nicht ausgiebig genug reseziert wurde oder der Uterus zu schwer war, dann kommt es zu einem Rezidiv nach dem anderen Typus (Fig. III). In beiden Fällen vermag ein guter, muskelstarker Damm den herabdrängenden Uterus noch zurückzuhalten. Bei schwachem Damme und minderwertigen Levatoren fehlt aber dieser notwendige Widerhalt, so daß der intraabdominale Druck viel leichter den Uterus, falls seine Fixation insuffizient wird, durch die Vulva herauspreßt.

Wird ein Prolapsrezidiv operiert, so muß an diesen drei schwachen Punkten die Korrektur geschehen, wenn die Operation erfolgreich ausfallen soll. Doch schon bei der Neubildung des Dammes stößt man häufig auf Schwierigkeiten, die Levatoren sind oft schwach, ihre Vereinigung macht den Beckenboden nicht genügend fest und widerstandsfähig.

Noch schwerer gestaltet sich die Lösung der Frage, wie man die sich senkende Portio wieder zu heben und nach hinten oben zu fixieren vermöchte. Wir haben dies immer durch die Verkürzung der Sacrouterinligamente herbeigeführt und sind dazu den abdominalen Weg gegangen, da die Zugänglichkeit von der Vagina her durch die vorausgegangene Operation wesentlich erschwert ist. Dieser Weg hat auch den Vorteil der besseren Übersicht, der sicheren Vermeidung einer Ureterläsion und der Möglichkeit, die Verkürzung dosieren zu können. Indem wir nun durch die Raffung der Sakrouterinligamente das Kollum nach hinten oben hoben, hofften wir auch das durch die Vulva herausgefallene Corpus uteri wieder in die Scheide hineinziehen zu können. In diesem Sinne haben wir die Verkürzung der obgenannten Ligamente auch bei den Rezidiven des zweiten Typus (Fig. III) mit Erfolg angewendet. Wir mußten diesen indirekten Weg wählen, da uns kein Mittel zu Gebote stand, auf den vorgefallenen Uterusfundus im Sinne einer Fixationsverbesserung direkt einzuwirken.

Mit diesen beiden Operationen, am Damme und an den Sacrouterinligamenten, erschöpften sich bis vor kurzem für uns alle Möglichkeiten, unter Erhaltung des Uterus operativ gegen ein Prolapsrezidiv etwas zu unternehmen, wenn man von der Amputation einer stark hypertrophierten Portio und einer Keilresektion des vorgefallenen, beträchtlicher vergrößerten Uteruskörpers absieht.

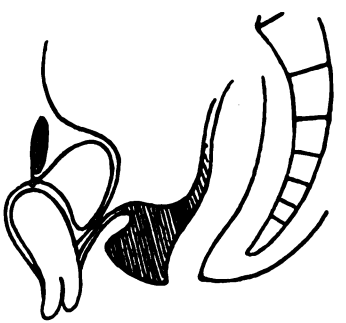
Von den glücklicherweise nicht gar häufigen Rezidiven kam bloß ein Teil zur operativen Behandlung, so daß wir nur über 8 derartige Fälle verfügen. In 2 Fällen von Rezidiven, einem der ersten und einem der zweiten Art, wurde nur eine Dammplastik gemacht und beide waren in kürzester Zeit wieder rezidiv, obwohl die Levatoren herauspräpariert und vereinigt worden waren.

6 Fälle wurden mit einer Kombination von Socrouterinligamentverkürzung und neuerlicher Dammplastik operiert. Der Effekt war durchwegs ein guter; 7, 6, 4, 3, $1^1/_2$ und 1 Jahr sind seit der zweiten Operation verflossen und die Spätresultate sind subjektiv und objektiv sehr befriedigend.

Ich bringe in umstehender Tabelle eine Übersicht über diese 8 operierten Prolapsrezidive.

Nach diesen Resultaten darf man wohl empfehlen, ein Prolapsrezidiv operativ anzugehen, ohne gleich die Uterusexstirpation vorzunehmen, der wir ja auch für die primäre Prolapsoperation eher Nachteile gegenüber der plastischen Verwendung des Uterus zuerkennen. Die Chancen einer Dauerheilung sind selbst bei der Anwendung so einfacher Mittel wie der Sacrouterinligamentverkürzung und Dammplastik sehr gute, wenn auch hauptsächlich für Rezidive der ersten Art, wie sie in IIa und b dargestellt sind.

Digitized by Google

Name	Befund vor der I. Operation	I. Operation	Rezidive	Rezidiv-Operation	Endresultat	
Au. 36 J.	Eigroße Cystokele. Portio im Introitus. Uterus retroflektiert.	Intravaginale Fixation. Dammplastik ohne Muskelnaht.	Uterus ganz vor der Vulva, hochgradiges Rezidiv nach IIa, siehe Bild!	Abdominale Verkürzung der Sacrouterinligamente. Dammplastik.	Nach 7 Jahren: Damm hoch und fest. Portio hoch oben hinten. Fundus unter der Symphyse. Beim Pressen tritt nichts tiefer.	
Schreu. 42 J.	Mächtig hypertrophierte, lacerierte Portio, die Vagina ganz ausfüllend, beim Pressen vor die Vulva tretend. Uterus retroflektiert.	Interpositio mit Scheidendeckung. Vaginale Verkürzung der Sacrouterinligamente. Amputatio portionis. Dammplastik ohne Muskelnaht.	Ganzer Uterus vor der Vulva, wie in vorigem Falle. Uterus groß. Hochgradiges Rezidiv nach Modus IIa.	Keilresektion des Uterus. Dammplastik ohne Levatornaht. Laparotomie mit Verkürzung d. Ligamenta sacrouterina und Verödung des Douglas.	Nach 6 Jahren: Portio hinten oben, fest. Beim Pressen kein Tiefertreten des Uterus. Damm hoch, nicht sehr fest.	
Rez. 41 J.	Eigroße Cystokele, Portio ganz vor der Vulva. Uterus retroflektiert.	Interpositio mit Scheidendeckung ohne Scheidenresektion. Amputat. port. Dammplastik ohne Muskelnaht.	Eigroßer Prolaps d. vorderen Scheidenwand, der den Uteruskörper enthält. Portio tiefer, aber noch in der Vagina. Damm flach. Rezidiv nach Modus III.	Dammplastik mit Muskelnaht. Laparotomie. Verkürzung der Sacrouterinligamente.	Nach $1^1/_2$ Jahren: Portio hoch oben hinten, unbeweglich. Beim Pressen kein Tiefertreten des Uterus. Damm mittelgut.	
Fuhrm. 47 J.	Fast der ganze Uterus vor der Vulva, gänseeigroße Cystokele und etwas kleinere Rektokele.	Interpositio mit Scheidendeckung und Resektion der Scheide. Dammplastik ohne Muskelnaht.	Uterus fast ganz vor der Vulva, mit der mächtig hypertrophischen Portio voraus, die in der Scheide keinen Platz hat. Hochgradiges Rezidiv. Modus IIb.	I. Rezidiv-Operation: Amputation der Portio, Erweiterung des hinteren Fornix durch Längsschnitt und quere Naht. Vaginale Verkürzung der Sacrouterin-		

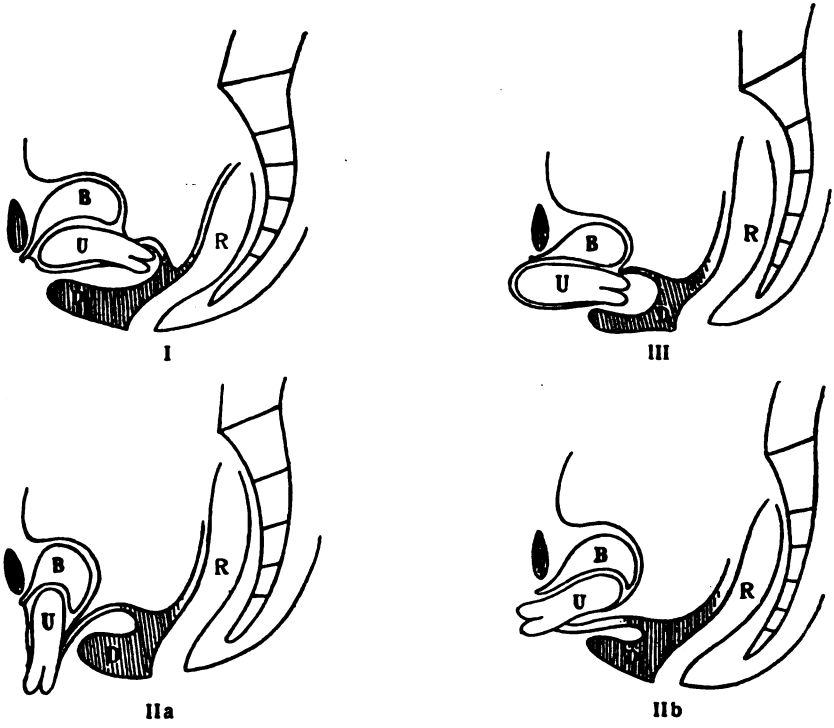
Digitized by Google

				II. Rezidivoperation: Laparotomie. Verkürzung der Sacrouterinligamente. Fixation der Blase an der hinteren Uteruswand. Dammplastik, Levatornaht.	4 Jahre post II. Rezidiv-Operation: Portio hinten oben, Uterus in guter Interpositionsstellung. Damm hoch, dünn. Beim Pressen nicht das geringste Tiefertret.	
Köp. 46 J.	Portio 5cm vor der Vulva. Collum elongiert, Uterus retrovertiert.	Interpositio, Dammplastik mit Levatornaht.	Mässiges Rezidiv nach Modus II a.	Laparotomie: Ausgiebige Verkürzung der Sacrouterinligamente. Blase wird tief unten an die hintere Cervixwand fixiert. Ausgiebige Dammplastik. Levatoren elend.	Nach 3 Jahren: Portio hoch oben hinten, unbeweglich. Corpus in Interpositionsstellung. Damm ohne muskul. Elemente.	Beim **Arbeiten soll angeblich eine eigroße Geschwulst vortreten.**
Seb. 59 J.	Hühnereigroße Cystokele, kleinere Rektokele. Uterus retrovertiert, senil.	Interpositio mit teilweiser Scheidendeckung. Raffung der Sacrouterinligamente u. Verödung des Douglas vom hinteren Fornix. Dammplastik mit Levatornaht.	Leichtes Rezidiv nach Modus III. Portio hoch oben hinten, Damm schlecht.	Laparotomie. Verkürzung der Sacrouterinligamente mit Verödung des Douglas. Dammplastik mit Levatornaht.	Nach $^1/_2$ Jahr: Damm gut, Portio hoch oben hinten, fest. Fundus durch die Hebung des Collums tief in die Vagina hineingezogen.	
Siern. 57 J.	Totalprolaps des Uterus und der Scheide. Uterus groß.	Interpositio, Dammplastik ohne Levatornaht.	Starkes Rezidiv nach Modus Fig. III. Portio hinten oben, Damm schlecht.	Dammplastik mit Levatornaht.	Nach einigen Wochen: Wie vor der Rezidiv-Operation.	
Neub. 50 J.	Eigroße Cystokele mit Tiefertreten des Uterus, so daß die Portio in der Vulva erscheint. Damm gut.	Interpositio mit Scheidendeckung und Resektion der Scheide. Keine Dammplastik.	Vulva weit. Portio ragt heraus. Uterus klein, aus der Interpositionsstellung nach hinten herausgeschlüpft. Prolapsus vag. post. Rezidiv nach Modus Fig. II b.	Dammplastik mit Levatorennaht (Levatoren sehr schwach).	Nach 2 Jahren: Collum 2cm vor der Vulva, Uterus in Mittelstellung, beweglich. Damm hoch, aber schwach.	

Digitized by Google

Fügt man zur Verkürzung der genannten Ligamente auch noch eine Verödung des Douglas hinzu, so bewirkt man damit nicht nur eine Hebung des Kollums, sondern auch eine Verstärkung des sonst sehr lockeren Bodens der Peritonealhöhle hinter dem Uterus, der dann natürlich eine erhöhte Widerstandskraft gegenüber dem intraabdominalen Drucke erhält.

Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß bei einem Rezidiv der zweiten Art (Fig. III), wenn es nur etwas stärker entwickelt ist, die bisher angewendeten operativen Behelfe nicht genügen, um eine Heilung zu erzielen. Darum sind wir in letzter Zeit daran gegangen, eine Methode anzuwenden, welche uns instand setzt, die Fehler zu korrigieren, welche wir bei der ersten Operation mit der Fixation des Uterus gemacht haben. Wir stellen zu diesem Zwecke jenen Zustand wieder her, wie er bei der primären Prolapsoperation geschaffen wurde, wobei wir folgendermaßen vorgehen:



I. Stellung der Beckenorgane nach der Interpositio uteri vesico-vaginalis.
IIa. u. IIb. Rezidiv mit der Portio voraus.
III. Rezidiv mit dem Fundus voraus.
B = Blase, U = Uterus, D = Damm, R = Rectum.

Wir lösen den Uterus von der ihn deckenden Scheidenwand völlig los und separieren ihn von dem ihn umgebenden Bindegewebe soweit, daß er seine ursprüngliche Beweglichkeit wieder erlangt. Erscheint uns der Fall wegen besonderer Schlaffheit der Sacrouterinligamente zur Verkürzung derselben geeignet, dann versuchen wir dieselbe zwischen Blase und Uterus hindurch, nach Separation der beiden voneinander vorzunehmen. Ist dieser Weg zu schwierig, so verkürzen wir die Ligamente in derselben Sitzung von einem abdominalen Schnitte aus. Nun

Digitized by Google

lagern wir den Uteruskörper wieder vor die Blase in der bekannten, bei der ersten Operation geübten Weise.

Seitdem wir bei der primären Prolapsoperation den als Verschlußstück in den Hiatus genitalis eingepflanzten, hyperantevertierten Uterus mit der Absicht, sein Ausweichen nach unten oder oben zu verhindern, vorn an den Schambeinbogen und seitlich an die Levatorenschenkel fixieren, nähen wir auch bei der Rezidivoperation den Uteruskörper in dieser Weise fest. Dann deckt man die vordere Uteruswand mit den Scheidenlappen nach vorheriger Resektion der vom Uterus losgelösten Anteile. Der Uterus kommt nach dieser Fixationsart etwas weiter innen zu liegen und es bleibt so noch immer genug Scheidenmaterial zur Deckung übrig. Die Auslösung des Uterus geht ganz leicht von statten, eine Blutung ist keineswegs zu befürchten.

Es folgt die Neubildung eines kräftigen und hohen Dammes mit ausgiebiger Verwendung der Levatoren. Im Falle der Notwendigkeit kommt dazu noch die schon erwähnte Verkürzung der Sacrouterinligamente und Verödung des Douglas per laparotomiam, welche aber nicht zu gründlich sein darf, da sonst die Festigkeit der Fixation des Uteruskörpers unter der Symphyse beeinträchtigt werden kann.

Auf diese Weise haben wir in der letzten Zeit eine Reihe von rezidivierten Prolapsen operiert und diese Methode nicht nur für Rezidive der zweiten Art, sondern für alle Rezidive angewendet. Wir gewannen dabei den Eindruck, daß der Effekt dieser Operation, welche sich aus mehreren Einzeleingriffen zusammensetzt, die je nach dem Falle entweder alle zusammen oder auch nur zum Teil ausgeführt zu werden brauchen, ein besonders guter sein wird. Allerdings befinden sich die ältesten Fälle erst $^1/_2$ Jahr nach der Operation, und wir können heute nur von momentanen Erfolgen sprechen. Immerhin aber erscheint es uns wertvoll, überhaupt ein Mittel zu besitzen, um solche Rezidive der zweiten Art operativ angehen zu können, Rezidivformen, denen wir bisher fast hilflos gegenüber standen, wenn wir nicht die verstümmelnde Operation der Uterusexstirpation zur Anwendung bringen wollten. Haben wir auch mit der abdominalen Verkürzung der Sacrouterinligamente plus Neubildung des Dammes schon recht befriedigende Erfolge erzielt, so erblicken wir doch in der jetzt geübten Art unseres Vorgehens mit der erwähnten neuen Fixation eine wesentliche Verbesserung der operativen Behandlung eines rezidivierten Uterusprolapses.

III.

Eine neue Modifikation der von mir angegebenen vaginalen Ligamentfixation bei Retroflexio uteri.

Von

Dr. E. Schürmann,

Frauenarzt in Barmen.

Vor ungefähr einem Jahre veröffentlichte ich im Frauenarzt (1912, Hft. 11) eine vaginale Ligamentfixationsmethode des retroflektierten Uterus, die aber leider bisher wenig Beachtung fand. Das wesentlich Neue dieser Methode besteht darin, daß man zur Befestigung des Uterus an den runden Mutterbändern ein völlig freies Stück dieses Ligamentes jederseits dadurch gewinnt, daß man das Band ca. $2^1/_2$ cm vom Uterusansatz entfernt nach distaler Unterbindung quer durchtrennt und dann dieses $2^1/_2$ cm lange Stück, seinem Verlauf folgend, mit seichten Scherenschlägen vom Ligamentum latum abtrennt bis nahe zur Einpflanzungs-

Digitized by Google

stelle in den Uterus. Nach Vernähen des Peritonealschlitzes am Uterus wird nun das freie Stück des runden Mutterbandes beiderseits durch eine etwa 2 cm seitlich von der medianen Schnittwunde in Scheidenwand und Peritoneum angelegte Öffnung hindurchgezogen und in dieser festgenäht.

Wie in der ersten Arbeit zugegeben wird, besteht in dieser Art der Befestigung des runden Bandes, wenigstens theoretisch, ein schwacher Punkt des Verfahrens. Der seichte Kanal der relativ dünnen Scheidenwand erscheint von vornherein nicht recht ausreichend, um eine dauernde feste Verwachsung des Ligamentes in ihm zu gewährleisten.

Obwohl die angestellten Nachuntersuchungen der zehn auf diese Weise operierten Fälle gute Resultate ergaben, suchte ich von Anfang an nach einer solideren Befestigungsart des Ligamentes und deutete die Idee dazu bereits in der am Schluß der Arbeit erwähnten zweiten Modifikation an, bei der ich das Band nicht mehr durch Peritoneum und Scheidenwand in die Scheide durchzog, sondern nur durchs Peritoneum und dann zwischen Peritoneum und Scheide auf der Hinterseite der Scheidenwand breit vernähte. Hierbei entstand jedoch eine neue technische Schwierigkeit dadurch, daß die isolierte dünne Peritonealplatte beim Versuche, etwas seitlich von ihrem freien Rande eine Öffnung anzulegen, einriß, und so das Verfahren unvollkommen blieb.

Erst die in letzter Zeit ausgeführte Kombination beider Methoden brachte eine völlig befriedigende und definitive Lösung. Hierbei wird nämlich zunächst wieder wie beim Modus I das runde Band durch die kleine seitliche Öffnung in der zusammengefaßten Scheidenperitonealplatte nach außen in die Scheide durchgezogen und das freie Ende dort an dem Führungsköberlé belassen. Alsdann werden die beiden Klemmen, die bisher Peritoneum und Scheide zusammenhielten, gelockert und darauf nur an die Scheidenwand allein gelegt, während das Peritoneum mit einer Pinzette über das runde Band zurück auf den Uterus zu geschoben wird. Durch Umklappen der Scheidenwand mittels der beiden Klemmen erscheint dann das zur Fixation bestimmte Mittelstück des Ligamentes, und seine Annähung an der Hinterfläche der Scheidenwand erfolgt mit 2—3 Fäden in kurzer, kräftiger Nadel so, daß man jedesmal etwas rechts vom Ligament die Nadel in die Scheidenwand auf dem untergeschobenen Finger ein- und aussticht — also ein kleines Stückchen derselben zwischenfaßt —, dann durch das obere Drittel des runden Bandes geht und auf der linken Seite wieder wie vorher durch die Scheidenwand. Sind die Fäden geknotet, so ist das Ligament auf eine Strecke von ca. $1^1/_2$ cm mit der Scheidenwand verbunden, ja es liegt sogar völlig eingenäht in einem Kanal, der es rings umschließt. Das am Köberlé in der kleinen seitlichen Scheidenöffnung liegende Bandende kann man daselbst noch mit einer Naht befestigen oder nach Resektion zurückschlüpfen lassen und ignorieren. Nach Versorgung der anderen Seite in derselben Weise isolierte Naht des Peritoneums und der Scheidenwunde.

Der bedeutende Fortschritt des Verfahrens liegt auf der Hand. Zur Haftfläche des Bandes steht nicht mehr die Scheidenwand in ihrem geringen Dickendurchmesser von einigen Millimetern, sondern in ihrer ganzen Flächenausdehnung zur Verfügung, so daß man dazu $1^1/_2$—2 cm oder beliebig mehr je nach der Länge des vorher abgesetzten Ligamentes verwenden kann. Eine Wiederablösung des Bandes aus seiner Umgebung ist infolge der so erzielten breiten, extraperitonealen, fibrösen Verwachsung von vornherein unwahrscheinlich, um so mehr, als auch — wenigstens in unkomplizierten Fällen — die Faktoren fehlen, die wie bei manchen anderen Methoden durch permanenten Zug oder Druck dem Sinne einer dauernden Verschmelzung entgegenwirken (vgl. 1. Arbeit). Ja, ich glaube sogar, daß selbst

Digitized by Google

bei Komplikationen an den Adnexen oder Schrumpfungen im Bindegewebe mit Retraktionstendenz ein Dauererfolg erhalten bleibt. Natürlich ist bei zu großer Schlaffheit der Scheidenwand eine Straffung durch Exzisionen notwendig. —

Obwohl ich Wiederholungen vermeiden möchte, halte ich es zum Schluß doch für angebracht, den Operationsverlauf in der neuen Form hier nochmals im Zusammenhang zu skizzieren, zumal auch einige weitere kleine Änderungen gegen früher zu erwähnen sind:

Umgekehrter T-Schnitt in der vorderen Scheidenwand und breites Ablösen der Blase bis nahe an die seitlichen Scheidenübergangsfalten. Nach Hochschieben der Blase Längsöffnung der Plica. Vorziehen des Uterus mit Häkchen und Halten mit Faßzange. Starkes Verdrängen des Uterus nach links, um das rechte runde Band zugänglich zu machen. Fassen des Ligamentes zunächst mit Daumen und Zeigefinger und dann distal von dieser Stelle mit einer Klemme, die das Band während der weiteren Maßnahmen stets vom Uterus abgezogen hält. Nach Unterbindung des Ligamentes, ca. $2^1/_2$ cm vom Uterusansatz entfernt, und querer Durchtrennung proximal von der Ligatur Abschneiden des Bandes mit seichten Scherenschlägen seinem Verlaufe nach bis in die Nähe des Überganges in den Fundus, dabei nahe am Uterus bleibend, so daß ein möglichst breites Stück des Lig. latum am Lig. rotundum mitgenommen wird. Naht des klaffenden Schlitzes an der Uteruskante, und zwar nur der feinen Peritonealränder unter Vermeidung von Läsionen der oft darunter verlaufenden, großen, venösen Gefäße. Versorgung der anderen Seite ebenso. Durchstoßen der mit zwei Klemmen zusammengefaßten Scheidenperitonealplatte im oberen Scheidendrittel, ca. 2 cm seitlich vom Medianschnitt mit zugespitztem Köberlé; Fassen des freien Ligamentstückes und vorsichtiges (cave abreißen!) Durchziehen in die Scheide. Während das Köberlé am Bande hängen bleibt, werden die beiden Klemmen am Scheidenperitonealrand gelockert und nach Ablösen des Peritoneums nur an die Scheide gelegt. Das Peritonealblatt wird dann weiter ganz auf den Uterus zurückgeschoben. Umklappen der Scheidenwand, so daß ihre Hinterfläche und das Lig. rot. sichtbar wird und Einnähen des Ligamentes auf die Rückseite der Scheide mit 2—3 Fäden in der vorher geschilderten Weise, wobei zu beachten ist, daß eventuell eingangs noch nicht genügend zurückpräparierte seitliche Blasenzipfel zuvor weiter abgeschoben werden. Naht der kleinen, seitlichen Scheidendurchzugsöffnung mit einem Faden, der zugleich das restierende Ligamentende hier nochmals befestigt. Abnahme des Köberlé. Versorgung der anderen Seite in derselben Weise. Erst dann isolierte Naht des Peritoneums und der Scheide nach eventuell erfolgter Lappenexzision.

Sechs nach dieser Methode operierte Fälle haben bei der Nachuntersuchung vorzügliche Resultate ergeben, so daß diese neue Operationsform, wenn sie auch etwas subtil ist und einige Übung bei genauer Innehaltung der von mir beschriebenen Technik verlangt, sicherlich einer eingehenden Nachprüfung wert ist.

Neue Bücher.

1) **Richter** (Dresden). **Geburtshilfliches Vademekum. 100 Fälle aus der Geburtshilfe für die Praxis bearbeitet nach den „Seminaristischen Übungen" des Herrn Geh.-Rat Prof. Dr. Leopold.** Mit 25 Figuren u. 1 Doppeltafel. Leipzig, Vogel, 1913.

Seit dem Jahre 1892 verwandte Leopold in Ärztekursen an der Dresdener Frauenklinik geburtshilflich-seminaristische Übungen. Dieser Lehrmethode, die

Digitized by Google

vom ihm geschaffen und ausgebaut worden war, und in der Zwischenzeit bereits bei anderen Kliniken und Lehrern Eingang gefunden hatte, legte Leopold besonderen, wissenschaftlich-pädagogischen Wert hinsichtlich der Ausbildung schnellen, sicheren geburtshilflichen Denkens und Handelns bei.

Erst im Jahre 1911 — nachdem bereits von anderer Seite das Gleiche geschehen war — konnte Leopold an die Herausgabe seiner seminaristischen Übungen in der Form, wie sie sich nach langjähriger Praxis am zweckentsprechendsten herausgebildet hatte, herantreten. Der Tod entriß ihm jedoch vor Vollendung des Werkes die Feder.

Dann hat R., als langjähriger Oberarzt der Dresdener Frauenklinik, es unternommen, das noch von Leopold ausgewählte und gesichtete Material im Sinne seines Lehrers zu bearbeiten und der Öffentlichkeit zu übergeben.

Das Werk tritt — im Vergleich mit ähnlichen Büchern — in äußerlich bescheidener Form, als Vademekum in die Öffentlichkeit. Erläuternde Abbildungen sind mit wenigen Ausnahmen völlig fortgelassen worden; eine Doppeltafel stellt das Verhältnis des kindlichen Schädels zum normalen und verengten Becken schematisch dar. Dafür aber ist der überreiche Inhalt des Buches vortrefflich und weitumfassend. Er gründet sich auf 100, besonders sorgfältig ausgesuchte, geburtshilfliche Schulfälle. An der Hand dieses Materias werden »die Fortschritte der modernen Geburtshilfe im Rahmen des Altbewährten« zur Darstellung gebracht, wobei naturgemäß die Lehren der Dresdener Schule der Beurteilung der Fälle und dem geburtshilflichen Handeln als Grundlage dienen.

Die übersichtliche Gliederung des Stoffes, die sich auch hinsichtlich der Druckart angenehm bemerkbar macht, entspricht in großen Zügen den hauptsächlichsten Untersuchungsbefunden und klinischen Möglichkeiten in den jeweiligen Geburtsfällen. Es werden eingehend besprochen die Kopf-, Beckenend- und Querlagen in den vielseitigen Erscheinungen eines normalen und pathologischen Geburtsverlaufes, dann die Komplikationen von seiten der Frucht und diejenigen von seiten der Mutter.

Die Besprechungen der geburtshilflichen Einzelfragen werden an der Hand der Kasuistik durchgeführt, indem nach kurzer Charakteristik des Falles in seinen bedingenden Momenten der Untersuchungsbefund mitgeteilt wird, anschließend erfolgt die entsprechende Fragestellung, und in der Beantwortung derselben liegt die allseitige, bis ins Detail gehende und zahlreiche Möglichkeiten mitberücksichtigende geburtshilfliche Analyse und Kritik des Falles.

In dieser instruktiven Weise wird das Gesamtgebiet der modernen Geburtshilfe in lebensvoller, dem Einzelfalle angepaßter Form zur Darstellung gebracht. So ist — wie das im Wunsche Leopold's lag — ein sicherer und bewährter Führer für den praktischen Geburtshelfer geschaffen, der sich doch vielfach noch am eigenen Materiale selbstkritisch fortzubilden hat und daher das Erscheinen dieses Buches mit besonderer Genugtuung begrüßen wird.

Anschließend an das Seminar sind Bemerkungen zur Technik der Geburtshilfe beigegeben, die eigentlich in gedrängter Kürze eine Operationslehre enthalten.

Ein sorgfältiges Register erschließt das Buch für schnelle Orientierung in Einzelfragen, die natürlich hier im Rahmen eines kurzen Referates nicht weiter hervorgehoben werden können. Es sei nur angeführt, daß viele Fragen geburtshilflicher Grenzgebiete, wie Lues, Nephritis, Herzfehler, Tuberkulose, Appendicitis u. a. mit in die Besprechung hineingezogen werden und somit das Buch zu einem hervorragenden Hilfsmittel für den praktischen Geburtshelfer ausgestalten.

Jedenfalls gebührt dem Herausgeber das große Verdienst, diese anerkannte

Digitized by Google

Lehrmethode Leopold's über die Zahl der früheren Schüler hinaus allen auf diesem Gebiete tätigen Ärzten in nutzbringender Weise zugänglich gemacht zu haben. B. Ottow (Dorpat).

Zeitschriften.

2) Archiv für Gynäkologie Bd. C. Hft. 3.

1) Laimi Leidenius. Untersuchungen über den Einfluß der Desinfektion der Kreißenden auf den Keimgehalt des puerperalen Uterus.

Der Verf. hat in der Klinik von Heinricius in Helsingfors Untersuchungen angestellt über den Einfluß der Desinfektion der Kreißenden auf den Keimgehalt des puerperalen Uterus. Seine Schlußfolgerungen sind folgende: Durch Desinfektion der Kreißenden kann man die Anzahl der Bakterien im Genitalkanal bedeutend herabsetzen und ihr Hinaufsteigen zum Uterus während des Puerperiums verzögern. Durch die gegenwärtige, hier und anderwärts übliche Art der Vulvadesinfektion wird nur eine geringe Herabsetzung des Bakteriengehaltes in der puerperalen Gebärmutter erzeugt. Bedeutend größer ist der Effekt, wenn die Schamhaare rasiert werden und die Vulva mit Jodtinktur gepinselt wird. Durch die Kombination der üblichen Weise der Vulvadesinfektion mit einer Scheidenspülung wird der Bakteriengehalt weit mehr herabgesetzt, als bei alleiniger Vulvadesinfektion. Bei der Scheidenspülung scheint das mechanische Moment eine gewisse Rolle zu spielen, da auch eine Spülung nur mit gekochtem Wasser den Bakteriengehalt der Gebärmutter einigermaßen herabsetzen kann. Eine weit größere Keimarmut wird jedoch durch milde antiseptische Spülungen (Wasserstoffsuperoxydlösung, Lysollösung) erzielt. Als die beste dieser Spülflüssigkeiten erwies sich $^1/_2$%ige Lysollösung. Der Einfluß der Desinfektion ist der gleiche auf alle verschiedenen Bakterienarten. Zwischen den Erstgebärenden und Mehrgebärenden läßt sich kein Unterschied nachweisen in dem Keimgehalt des puerperalen Uterus. Am Ende der ersten Woche enthält der puerperale Uterus etwas mehr Bakterien, als im Beginn des Puerperiums. Doch ist der Unterschied nicht groß. Bei Fällen mit erhöhter Temperatur im Puerperium ist der Bakteriengehalt des puerperalen Uterus größer als bei denen mit normalem Puerperium. Die praktische Konsequenz dieser Untersuchungen ist die, daß man nicht unterlassen soll, die Vulva während der Geburt zu desinfizieren. Ebenso sprechen die Untersuchungen für den Nutzen einer prophylaktischen Scheidenspülung.

2) Alexander T. Ritter v. Winiwarter. Die Verteilung des Extraktivstoffes in der glatten Muskulatur des Uterus.

Zu den Versuchen wurden Uteri von frisch geschlachteten Pferden sowie menschliche Uteri verwandt und aus diesem Material der Extraktivstickstoff bestimmt. Weiterhin wurde der Frage näher getreten, ob sich Unterschiede ergeben zwischen dem nicht graviden menschlichen Uterus und dem puerperalen einerseits, andererseits zwischen normalem Uterusgewebe und dem Myomgewebe. Die Versuche ergaben, daß die in der Gravidität auftretende Vermehrung und Hypertrophie der Uterusmuskulatur, mit ihr Hand in Hand gehend, eine Zunahme alter Extraktivstoffe zur Folge hat, welche Erscheinungen genau miteinander Schritt halten derart, daß die prozentuale Relation keine Verschiebung zeigt. Auch bei der pathologischen Bildung von Myomgewebe ist ein Schritthalten der Extraktivstoffe mit der Volums- und Gewichtszunahme zu konstatieren.

Digitized by Google

3) Ludwig Knapp. Klinische Untersuchungen zur Beurteilung des Spätwochenbettes, mit besonderer Berücksichtigung des Einflusses des »Frühaufstehens«.

Die klinischen Untersuchungen des Verf.s gipfeln in folgenden Schlußsätzen:

1) Retroflexio uteri, Reclinatio und Retroversio können während des Wochenbettes bei systematisch wiederholten Untersuchungen häufiger festgestellt werden, als im allgemeinen auf Grund nur zufälliger derartiger Befunde angenommen wird. Hierbei überwiegen die Iparae und Spätaufgestandenen.

2) In etwa der Hälfte der Fälle findet sich dieser Zustand bereits nach der zweiten Woche post partum.

3) Selbstaufrichtung der Gebärmutter kann in rund einem Drittel der Fälle beobachtet werden.

4) Verzögerte Rückbildung der Gebärmutter begünstigt die Entstehung von Retrodeviationen des Uterus; dagegen trifft eine Umkehrung dieses Satzes im allgemeinen nicht zu, wie man auch Hyperinvolution bei derartigen Lageanomalien der Gebärmutter findet.

5) Die Vermutung einer Rückwärtsverlagerung der Gebärmutter wird sich nur in einer äußerst geringen Minderzahl der Fälle aus gewissen subjektiven Angaben ergeben. In der Regel werden solche, wenigstens in der ersten Zeit, zu vermissen sein, da dieser Zustand lange beschwerdefrei besteht, und wie bereits bemerkt, von selbst wieder verschwinden kann. Demnach wird es sich empfehlen, darauf gerichtete Untersuchungen gelegentlich, von Zeit zu Zeit und Fall zu Fall, vorzunehmen.

6) Längere Zeit eingehaltene Bettruhe verzögert die Rückbildung der Gebärmutter und begünstigt dadurch Rückwärtslagerung derselben.

7) Die Involution des Uterus erfolgt bei Iparis und Frühaufstehenden im allgemeinen gleichmäßiger und schneller.

8) Die Annahme, daß länger dauernde Subinvolution sich häufiger bei Spätaufgestandenen, zumal nach wiederholten Geburten finde, trifft nach unseren Erfahrungen für die erstere Kategorie der Fälle nicht zu.

9) Besondere Beachtung beansprucht in allen Fällen das Verhalten des Lochialsekretes.

10) Indem die Rückbildung der Gebärmutter nach der ersten Geburt und bei Frühaufstehen der Wöchnerinnen im allgemeinen rascher erfolgt, ist in solchen Fällen eine zu schnelle bzw. zu weitgehende Involution des Uterus eher zu erwarten und auch daraufhin, zumal bei Stillenden, zu untersuchen.

11) Die Gewichtsverhältnisse sind bei Früh- und Spätaufstehenden annähernd gleich.

12) Diastasen der Bauchwand finden sich bei fast sämtlichen Wöchnerinnen, wobei sich ein nennenswerter Unterschied bezüglich des Spät- und Frühaufstehens nicht ergibt.

13) Es erscheint angezeigt, dem Verhalten der Inguinaldrüsen und dazu gehörigen Lymphstränge Beachtung zu schenken, wiewohl sich auch diesbezüglich bei dem neuen Regime ein Unterschied nicht feststellen läßt.

14) Da die Angaben zahlreicher Autoren widersprechende Resultate ergeben, ist eine weitere Fortsetzung der Untersuchungen, auch im Spätwochenbett, wünschenswert.

15) Zu unterbleiben hat die innere Untersuchung von Wöchnerinnen zu diesem Zweck bei zufälligen Erkrankungen jeder Art, bei puerperaler, gonorrhoischer oder luetischer Infektion, bei Ekzem im Bereiche der äußeren Genitalien,

Digitized by Google

sowie in jenen Fällen, wo die Gefahr besteht, dadurch noch granulierende Verletzungen bzw. zarte Narben zu schädigen.

4) O. Nebesky. Beitrag zur Nabelschnurzerreißung intra partum.

Das Ergebnis der eigenen Beobachtungen und Versuche des Verf.s unter Würdigung der in der Literatur niedergelegten Mitteilungen über Nabelschnurzerreißung unter der Geburt ist folgendes:

1) Vorausgesetzt, daß keine Umstände vorliegen, welche den freien Fall hemmen, genügt in der Regel allein das Gewicht des Kindes zur vollständigen Abreißung der Nabelschnur. Bei Frühgeburten ist die Resistenzfähigkeit der letzteren absolut etwas geringer als bei ausgetragenen Kindern, nicht jedoch auch relativ, im Verhältnis zur Entwicklung des betreffenden Kindes.

2) Das fötale Drittel der Nabelschnur ist besonders zur Zerreißung prädisponiert, viel weniger das mediane und placentare bzw. die placentare Insertionsstelle.

3) Die Gefahr des Kindes bei Nabelschnurzerreißung ist verhältnismäßig gering in bezug auf Schädelverletzung, aber auch bezüglich der Verblutung nicht sehr groß, wenn nur die kindliche Atmung sofort einsetzt. Sehr groß ist die Gefährdung, wenn bei Insertio velamentosa einzelne Gefäße der Nabelschnur zerreißen oder diese infolge der Wehenkraft zerreißt, bevor das Kind geboren ist.

4) Die Differenzierung einer spontanen und einer artefiziellen Durchtrennung der Nabelschnur ist oft unmöglich oder nur sehr schwierig und unsicher.

5) Die Wehenkraft vermag, wenn sie selbst vermehrt oder die Widerstände vermindert sind, eine totale Abreißung der Nabelschnur zu bewirken. Hauptsächlich dann, wenn letztere absolut oder relativ verkürzt ist.

6) Sulzreichtum bzw. Sulzarmut an und für sich, ebenso wie die größere oder kleinere Anzahl von Windungen sind gegenüber dem Fallgewicht oder der Wehenkraft ohne besonderen Belang für die Zerreißung. Nabelschnüre mit Gefäßerweiterungen oder Schlingenbildungen zerreißen etwas leichter als solche ohne diese Anomalien, doch erfolgt der Riß ziemlich selten an diesen Stellen selbst.

7) In äußerst seltenen Fällen zerreißt die Nabelschnur oder zerreißen einzelne Gefäße derselben, ohne daß eine stärkere Krafteinwirkung in Gestalt eines Fallgewichtes, vermehrter Wehenkraft bei verkürzter Schnur, geburtshilflicher Operation usw. nachweisbar wäre. Solche Fälle sind zumeist durch Schädigung der histologischen Struktur der Nabelschnur bedingt.

8) Histologisch kann eine Prädisposition der Nabelschnur zur Zerreißung begründet sein durch Mangel an elastischen Fasern in den Gefäßwänden. Dies ist jedoch nur sehr selten der Fall. Viel häufiger wird eine solche Prädisposition gegeben durch histologische Veränderungen der Gefäßmuskulatur oder durch Verminderung und lockere Anordnung des die Sulze durchflechtenden Bindegewebes oder durch infolge pathologischer Veränderungen verminderte Widerstandskraft der Nabelschnurscheide. Letztere Momente bedingen die Möglichkeit einer ungeschwächten Krafteinwirkung auf die Gefäße der Nabelschnur, welche die hauptsächlichen Stützen der letzteren bilden.

5) Otfried O. Pellner. Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung von Gewebsextrakten aus der Placenta und den weiblichen Sexualorganen auf das Genitale.

Verf. hat an Kaninchen die Einwirkung langdauernder Injektionen von Extrakten der Placenta, der Eihäute und der weiblichen Genitalorgane auf das Sexualsystem studiert. Es wurden nur sicher jungfräuliche, größtenteils noch nicht geschlechtsreife Kaninchen verwendet, ferner Meerschweinchen im Alter von 2—4 Monaten. Diese Versuche ergaben, daß in der Placenta, den Eihäuten, den Corpus

Digitized by Google

luteum-haltigen Ovarien Stoffe vorhanden sind, welche bei subkutaner und intraperitonealer Injektion Wachstum der Mamma und Mammilla, Vergrößerung des Uterus, Brunst- bzw. Graviditätserscheinungen an der Schleimhaut des Uterus, Vergrößerung und Graviditätserscheinungen an der Vagina, parenchymatöse Nephritis und Ausbleiben des Wachstums ausrasierter Haare hervorrufen. Milchsekretion konnte nicht beobachtet werden. Der Stoff geht in den Kochsalzextrakt über, ist in Alkohol, Äther und Azeton löslich, dürfte vielleicht ein Lipoid sein. In dem herausgeschnittenen, überlebenden Meerschweinchenuterus erzeugen die wäßrigen Alkohol-Ätherextrakte der Placenta kräftige, langdauernde Kontraktionen.

Hohl (Bremerhaven).

Psychiatrie und Neurologie.

3) **O. Bumke (Freiburg). Gynäkologie und Psychiatrie.** (Med. Klinik 1913. Nr. 30.)

Der Gedanke, daß zwischen Genitalleiden und Hirnerkrankungen der Frauen ein Zusammenhang bestehe, ist alt. Er führte unter anderem zu der Lehre von der Kastration bei Neurosen. Diese aber ist in Vergessenheit geraten. Jetzt nun tritt Bossi mit seinen neuen Ideen auf. Seine Anschauungen sind jedoch von gynäkologischer und psychiatrischer Seite so zurückgewiesen, daß B. dem nicht mehr viel hinzufügen kann. Das betont er jedoch besonders, daß Bossi den Grundfehler gemacht habe, den auch die Laien machen, daß er aus dem zufälligen Parallelgehen zweier Erscheinungen auf einen kausalen Zusammenhang geschlossen habe. Besonders unglücklich wird seine Hypothese durch die eigentümliche Verquickung von der Toxin- mit der alten Reflextheorie. Auch die suggestive Wirkung, die sicher eine große Rolle bei den scheinbaren Erfolgen seiner operativen Therapie spielt, hat er nicht genügend in Betracht gezogen. Außerdem hat Bossi nicht genügend die Spontanheilungen und die oft sehr langen Remissionen bedacht. — Viel wichtiger könnte die Bedeutung der Amenorrhöe sein, da bei allen Formen geistiger Störungen Amenorrhöe auftreten kann. Diese Zusammenhänge sind nicht ganz klar, werden aber durch die Lehre von der inneren Sekretion oder durch die Abderhalden'schen Erkenntnisse wesentlich gefördert werden.

H. Köhler (Kiel).

4) **Z. Mitsuoka. Ein Fall von extremem Blutverlust bei Tubenruptur mit nachfolgender Psychose; zugleich über Psychosen nach gynäkologischen Operationen.** Inaug.-Diss., München, 1912.

Verf. beschreibt einen Fall aus der Münchener Univ.-Frauenklinik wegen seiner charakteristischen Folgen. 36jährige IIpara wegen linkseitiger Tubenruptur laparotomiert. In den ersten 2 Tagen p. op. fast reaktionslos, sehr ausgeblutet. Am 4. Tage p. op. Unbeweglichkeit des rechten Armes. In weiteren Tagen Unbesinnlichkeit, verworrene Sprache, Arm gebessert, in die psychiatrische Klinik verlegt. Aufgestanden, vermag sie nur mühsam zu gehen, lacht plötzlich ohne Anlaß, sieht verwundert umher, wechselt rasch die Stimmung, ist negativistisch, hört Stimmen, greift nach beliebigen Gegenständen, zuckt mit Armen und Beinen. Allmählich Entkräftung. Diagnose: Erschöpfungspsychose. 7 Wochen p. op. Exitus. Anführung weiterer 12 Fälle aus der Literatur, bei denen nach Verlust von 2—4 Liter Blut bei Frauen eine Psychose nach einigen Tagen auftrat, sowie Aufzählung von Psychosen, die sich nach kürzerer oder längerer Zeit an Genitaloperationen anschlossen. Nach Kraepelin handelt es sich dabei meist um Kollapsdelirien und Amensia. Verf. faßt dann die Ent-

Digitized by Google

stehung der postoperativen Psychosen zusammen: Durch hereditäre und persönliche Belastung, »durch prädisponierende Momente und durch Operationen herbeigeführte physische und psychische Erschöpfung«. v. Miltner (München).

5) **L. Litchfield (Pittsburgh). Akute Ganglionitis posterior, die Notwendigkeit eines chirurgischen abdominellen Eingriffes vortäuschend.** (Journ. amer. med. assoc. 1913. Nr. 22. p. 1691.)

Als Prodromalsymptom eines Herpes zoster, der oberflächlichen Manifestation einer Ganglionitis posterior, können unter Schüttelfrost, Temperaturanstieg, kolikartigen Schmerzen, Erbrechen und mäßiger Leukocytose Krankheitsbilder vorkommen, die vor Auftreten der typischen Hautaffektion an die Notwendigkeit eines chirurgischen Eingriffes denken lassen. Zwei Fälle illustrieren die diagnostischen Schwierigkeiten, die erst durch die Herpeseruption behoben wurden. Prädisponierende Momente für Herpes zoster sind: Tabes, Paralyse, Tuberkulose, Psoriasis und Arsenmedikation. Schottelius (Hamburg).

6) **C. A. Passow (Hamburg). Zur Kasuistik von Psychosen während der Schwangerschaft.** (Berliner klin. Wochenschrift 1913. Nr. 36.)

Depressive, melancholische Psychose mit Basedowsymptomen und körperlichen Verfall gaben die Indikation zur Unterbrechung der Gravidität. Hierbei stellte sich heraus, daß die Frucht schon längere Zeit abgestorben war. Die Retention des mazerierten Eies hatte die körperliche und seelische Depression gesteigert. Die bloße Einleitung des Aborts durch mehrtägige Gazetamponade brachte keine Veränderung der Psyche hervor. Erst mit vollendeter Entfernung des Eies schwanden alle Erscheinungen. H. Fuchs (Danzig).

7) **A. Pelz (Königsberg i. Pr.). Über einen im Wochenbett unter dem Bilde des Hirntumors mit Ausgang in Heilung aufgetretenen Krankheitszustand.** (Berliner klin. Wochenschrift 1913. Nr. 30.)

Eine junge, bis dahin gesunde Frau erkrankt fieberlos im Wochenbett an heftigen Kopfschmerzen, Schwindel, Erbrechen, Benommenheit, Apathie. Es besteht Pulsverlangsamung bis auf 44 in der Minute, wachsende Stauungspapille, vermehrter Liquordruck, aber keine schärfer lokalisierten Hirnsymptome. Im weiteren Verlaufe Krampfanfall mit tiefem Bewußtseinsverlust, Agraphie, Apraxie. Schließlich nach 4—6 Wochen restlose Heilung. Es handelte sich um eine auf Grund von Schwangerschaftstoxikose in Schüben auftretende Meningitis serosa. Zerebrale Erscheinungen hatten auch im ersten Wochenbett bestanden.

H. Fuchs (Danzig).

8) **Max Wall. Über die Weiterentwicklung frühgeborener Kinder mit besonderer Berücksichtigung späterer psychischer und intellektueller Störungen.** Inaug.-Diss., Breslau, 1913.

Ausgehend von der bei den Psychiatern verbreiteten Ansicht, daß die Frühgeburt als ätiologisches Moment für die Entwicklungen späterer nervöser und psychischer Störungen, insbesondere der Little'schen Krankheit, der Epilepsie und der Imbezillität anzusehen ist, hat sich der Verf. der interessanten Aufgabe unterzogen, Nachforschungen über die Weiterentwicklung der von 1892—1910 in der Klinik und Poliklinik geborenen Frühgeburten anzustellen. Über 186 Kinder hat Verf. Nachricht erhalten, 56 wurden vorgestellt und konnten untersucht werden. Nur in einem Falle konnte Epilepsie sicher nachgewiesen werden. Littlesche Krankheit und ausgesprochene Fälle von Imbezillität fanden sich nicht. Ein großer Teil frühgeborener Kinder hatte sich völlig normal entwickelt. Dagegen ließ sich in einer Reihe von Fällen wohl eine gewisse Verzögerung der körperlichen und geistigen Entwicklung feststellen, die sich darin äußerte, daß die frühgeborenen

Digitized by Google

Kinder später laufen und sprechen lernten, zu Sprachstörungen neigten, längere Zeit Bettnässer blieben und in der Schule schlecht vorwärts kamen. Die Schwere dieser Erscheinungen steht im umgekehrten Verhältnis zur Anfangsgröße dieser Kinder und ist zugleich abhängig von den Schädigungen im extrauterinen Leben infolge von mangelhaften hygienischen Zuständen, schlechter Ernährung und Krankheiten, besonders Rachitis. Im einzelnen enthält die Arbeit zahlreiche interessante Beobachtungen über die körperliche und geistige Entwicklung von Kindern der ärmeren Klassen. Kaufmann (Breslau).

9) **Adolf Beatus. Ein Beitrag zur Frage der Beziehungen zwischen asphyktischer und schwerer Geburt und nachhaltigen psychischen und nervösen Störungen.** Inaug.-Diss., Breslau, 1913.

Nach ausführlicher Besprechung der Entstehungsursachen, den Erscheinungen und der Behandlung der Asphyxie berichtet Verf. über seine Untersuchungen am Material der Breslauer geburtshilflichen Poliklinik aus den Jahren 1900—1913. B. stellt fest, daß unter den asphyktisch und operativ geborenen der Prozentsatz an körperlich, psychisch oder nervös minderwertigen Kindern nicht größer ist, als bei den spontan geborenen. Damit tritt er der Meinung vieler Neurologen (Little, Stromeier, Mendel) entgegen, die schwere Geburten und Asphyxie als ätiologische Momente für später sich entwickelnde Imbezillität und Lähmungen ansehen. Kaufmann (Breslau).

Allgemeine Geburtshilfe.

10) **R. Asch (Breslau). Über das Erbrechen der Schwangeren.** (Berliner klin. Wochenschrift 1913. Nr. 28.)

Den Versuchen, die Hyperemesis gravidarum als Intoxikation oder als Neurose aufzufassen, kann sich Verf. nicht anschließen. Die merkwürdigen Eßgelüste sowohl als die bekannten Aversionen der Schwangeren deuten darauf hin, daß es sich hier um Instinkte handelt, die, bis dahin durch die Kultur unterdrückt, jetzt unter dem Einfluß der Konzeption gebieterisch wiederkehren. Ähnlich verhält es sich mit dem gesteigerten Nahrungsbedürfnis der Schwangeren. Wird diesem körperlichen Mehrbedürfnis durch vermehrte Nahrungsaufnahme entsprochen, so kommt es fast nie zur Hyperemesis. Ist dies nicht der Fall und werden die für eine Schwangere viel zu langen üblichen Essenspausen eingehalten, so tritt leicht ein Zustand des Überhungertseins ein, der Erbrechen hervorzurufen geeignet ist. Dazu kommen die durch die Schwangerschaft oft ausgelösten Unlust- und Angstgefühle, die an sich leicht zu Erbrechen führen können. Morgendliches Erbrechen beruht gar nicht selten wie bei Männern auf einer alten Pharyngitis und schwindet nach Beseitigung der letzteren. Auch die Kokainisierung der unteren Nasenmuschel erweist sich hier und da als wirksam. Endlich gibt es zweifellos Fälle, wo reflektorisch durch Krampfzustände an der Ringmuskulatur des inneren Muttermundes Hyperemesis ausgelöst wird. Hier hilft die Erweiterung des Halskanals, die freilich als ultima ratio zu betrachten ist, die aber durchaus nicht immer den Abort zur Folge zu haben braucht. H. Fuchs (Danzig).

11) **W. Roedel. Über die Wechselbeziehungen zwischen Generationsvorgängen und Schwerhörigkeit.** Inaug.-Diss., Freiburg i. B., 1913.

R. veröffentlicht drei Fälle von Schwerhörigkeit; im ersten handelt es sich um eine Verschlimmerung einer nervösen Schwerhörigkeit in der Schwangerschaft, im zweiten und dritten beruhte die in der Schwangerschaft zunehmende Herab-

Digitized by Google

setzung der Hörfähigkeit auf Verschlimmerung einer Stapesankylose. Infolgedessen wurde in diesen beiden Fällen vom Ohrenspezialisten die Unterbrechung der Gravidität und Tubensterilisation gefordert.

Beim Durchsuchen der Literatur auf ähnliche Beziehungen fand R. fast nichts und regt daher eine möglichst ausführliche Publikation aller einschlägigen Fälle an.

Schneider (Freiburg i. B.).

12) **A. Baker-Spalding (San Francisco). Der Wert der Abdominalmessungen in der Schwangerschaft.** (Journ. amer. med. assoc. 1913. Bd. LXI. Nr. 10. p. 746.)

Vortrag auf der 64. Versammlung d. amer. med. assoc. Referiert in d. Bl. 1913. p. 1365. Schottelius (Hamburg).

13) **A. E. Gallant (Neuyork). Prolongiert-überstürzte Geburt infolge Entwicklung des unproportionierten Kopfes.** (Med. record 1913. Bd. LXXXIV. Nr. 8. p. 337.)

Ein ungewöhnlich kleiner Kopf der Frucht bedingt gelegentlich Geburtsverzögerung dadurch, daß der Kopf sich nicht fest im Beckeneingang adaptiert und die Flexionshaltung ausbleibt. Wird dann mit Forceps entbunden, so kann eine kräftige Traktion — wie an einem selbsterlebten Falle illustriert wird — zu überstürztem Durchtritt des Kopfes und schweren Dammverletzungen führen.

Derartige Fälle lassen sich auch ohne Zange erledigen, wenn bei vornübergebeugter Haltung der Kreißenden ein Druck auf den Fundus uteri ausgeübt wird. Hierdurch wird eine Flexion der Wirbelsäule und Beugung des Kopfes erzielt, die man eventuell auch durch Druck auf das kindliche Hinterhaupt oder (intrauterin) durch Empordrängen der Stirn erreichen kann.

Empfehlung eines Zangenmodells, bei dem durch eine Stellschraube am rechten Zangengriff ein übermäßiger Druck auf das kindliche Haupt vermieden wird.

Schottelius (Hamburg).

14) **Gerhard M. Kremer (Bonn). Über alte Primiparae.** Inaug.-Diss., Bonn, 1912.

Verf. hat an dem Material der Bonner Frauenklinik Untersuchungen angestellt über den Geburtsverlauf bei alten Erstgebärenden. Er verwertet im ganzen 11793 Geburten, von denen 389 auf Erstgebärende über 30 Jahre entfallen, was einer Gesamtfrequenz von 3,29% entspricht. Er kommt bei seinen Untersuchungen zu folgendem Ergebnis:

1) Die erste Menstruation tritt bei alten Erstgebärenden später ein als in der Norm, ist dann unregelmäßiger, von kürzerer Dauer, oft mit reichlichem Blutverlust verbunden und mit mehr Beschwerden verknüpft, als es im allgemeinen der Fall zu sein pflegt.

2) Eine große Zahl der alten Primiparen hat deshalb so spät konzipiert, weil die erste Kohabitation spät ausgeführt wurde, sei es, daß die Verheiratung sozialer oder körperlicher Ursachen wegen nicht früher eintrat oder der illegitime Geschlechtsverkehr unterblieb. Für zeitweise Sterilität können wir als Gründe anführen Krankheiten, die auf den Ovulationsprozeß von Einfluß sind und bei alten Erstgebärenden häufiger vorzukommen pflegen.

3) Enges Becken kommt bei alten Erstgebärenden häufiger vor als sonst (Rachitis, sonstige Knochenerkrankungen usw.).

4) Die von der Schwangerschaft abhängigen Beschwerden sind an Frequenz gesteigert, Nephritis und Eklampsie ebenso, dem Alter proportional. Auch erleidet die Gravidität öfter Unterbrechungen bei alten Primiparen, während die Schwangerschaftsdauer sich in normalen Grenzen hält.

Digitized by Google

5) Die Geburtsdauer ist verlängert, und zwar in allen drei Phasen, besonders in der Eröffnungsperiode, weniger in der Austreibungszeit und Nachgeburtsperiode.

6) Das Gewebe der mütterlichen Weichteile nimmt mit dem Alter an Rigidität erheblich zu. Primäre und sekundäre Wehenschwäche komplizieren im Verein mit Straffheit der Weichteile den Geburtsverlauf am meisten.

7) Daher kommen Weichteilrisse und besonders Dammrisse bei alten Erstgebärenden abnorm oft vor.

8) Ferner findet man häufig vorzeitigen Blasensprung und Fieber in der Geburt, die mit dem steigenden Alter an Frequenz zunehmen.

9) Die Zahl der weichteilerweiternden Maßnahmen, besonders der Episiotomie wie auch der größeren geburtshilflichen Operation ist eine sehr große. Besonders häufig wurde Forceps angelegt, weniger oft die übrigen Methoden, wie Perforation, Wendung, Extraktion und Sectio caesarea ausgeführt.

10) Die abnormen Lagen des Kindes sind bei alten Erstgebärenden häufiger, und zwar Gesichtslagen, Beckenendlagen und Querlagen.

11) Eine Erhöhung des Gewichtes des Kindes mit dem steigenden Alter der Mutter ist nicht zu konstatieren. Der Knabenüberschuß, der bis zum Ende der dreißiger Jahre der Erstgebärenden zunimmt, macht in den vierziger Jahren einem Mädchenüberschuß Platz. Geburtsverletzungen des Kindes werden mit dem höheren Alter der Mutter häufiger, ebenso steigen die Zahlen der erkrankten, asphyktischen und gestorbenen Kinder. Auch werden häufiger Zwillinge von alten Primiparen geboren.

12) Die Nachgeburtsperiode ist bei alten Primiparen sehr beeinträchtigt durch Blutungen sowie Abnormitäten der Placentarlösung, daher auch reicher an den dadurch bedingten Eingriffen, besonders manueller Lösung der Nachgeburt.

13) Im Wochenbett sind alte Primiparae weit mehr puerperalen oder sonstigen Erkrankungen ausgesetzt, als es sonst die Regel ist, infolge der vielen Geburtsverletzungen, der hohen Zahl der operativen Eingriffe usw. Nur die Mastitis nimmt mit dem Alter an Häufigkeit ab.

14) Die Mortalität der Mütter bei der Geburt und im Wochenbett ist gegen den allgemeinen Durchschnitt etwas erhöht. Lieven (Bonn).

15) **O. v. Haller. Geburten bei jugendlichen Erstgebärenden.** Inaug.-Diss., München, 1913.

Verf. hat aus 33500 Geburtsberichten der Münchener Frauenklinik 491 Mädchen finden können, die bei der ersten Niederkunft das 17. Lebensjahr noch nicht überschritten haben. Diese 491 Fälle wurden nach folgenden Gesichtspunkten hin statistisch bearbeitet: Das erste Auftreten der Menses, allgemeine körperliche Entwicklung. Das Becken, die weichen Geburtswege, die Schwangerschaft, Geburtsverlauf: Wehentätigkeit, Kindeslage, Mehrlingsgeburten, Geburtsdauer, Kunsthilfe, Verletzungen der weichen Geburtswege, Nachgeburtsperiode, Wochenbett, Eklampsie, Mortalität der Mütter, Neugeborenes. Verf. faßt seine Resultate in 24 Sätzen zusammen, von denen die hauptsächlichsten folgende sind: 2) die allgemeine körperliche Entwicklung der jugendlichen Erstgebärenden ist eine ausreichende, speziell die Entwicklung der Brüste ist eine sehr gute. 3) Die Becken der jugendlichen Erstgebärenden sind noch nicht vollständig ausgebildet, daher eine große Zahl von juvenilen, engen Becken. 4) Die weichen Geburtswege der jugendlichen Erstgebärenden sind eng, doch wird diese bei Erstgebärenden physiologische Enge bei der Geburt durch eine große Elastizität des Gewebes aufgehoben. 5) Bei den jugendlichen Erstgebärenden wird die Schwangerschaft häufiger vor-

Digitized by Google

zeitig unterbrochen als bei älteren Erstgebärenden. 7) Die Wehentätigkeit ist bei den jugendlichen Erstgebärenden nicht schlechter als bei den älteren. 10) Die Geburtsdauer, speziell die Eröffnungsperiode ist bei den jugendlichen Erstgebärenden verlängert, und zwar steigt diese Verlängerung mit dem fallenden Alter. 18) Die jugendlichen Erstgebärenden sind mehr zu Eklampsie disponiert als die älteren. Die Anwendung von Kunsthilfe und die Mortalität der Kinder ist dabei häufiger, doch ist die Mortalität der Mütter geringer. 21) Die Kinder der jugendlichen Erstgebärenden bleiben an Länge hinter denen der älteren Erstgebärenden zurück; je jünger die Mütter sind, um so kleiner sind die Kinder.

Eisenreich (München).

16) **A. Waldvogel. Statistische Bemerkungen zu den Geburten in der Kgl. Universitäts-Frauenklinik in München in dem Zeitraum von 1892—1912.** Inaug.-Diss., München, 1913.

Eine Tabelle für die Durchschnittsgeburtenzahl der Gebärenden nach Quinquennien des Lebensalters.

Die Durchschnittskinderzahl betrug in den behandelten 21 Jahren 3,91 d. s. gegenüber der von Boeckh für Berlin 1885 errechneten Zahl 0,17 = 4,17% weniger. Das höchste Alter, in dem eine Geburt vorkam, war 51 Jahre, das niederste 13 Jahre. Das höchste Alter für eine Frau zur Zeit der ersten Geburt war 43 Jahre. Die höchste Geburtenzahl hatte eine Frau mit 23 Kindern aufzuweisen. Von den geborenen Kindern waren im Durchschnitt 41,51% gestorben und nur 58,49% am Leben. Der Prozentsatz der Mortalität steht in einem direkt steigenden Verhältnis zu der Höhe der Geburtenzahl. Die Durchschnittsgeburtenzahl neigt in den letzten Jahren immer mehr nach der unteren Grenze der Schwankungen hin, läßt also einen Rückgang der Geburten erkennen.

O. Eisenreich (München).

Placenta, Eihäute, Fruchtwasser, Nabelschnur.

17) **Bruno Wolff** (Rostock). **Über die Herkunft des Amnionwassers.** (Berliner klin. Wochenschrift 1913. Nr. 31.)

Das Fruchtwasser ist keinesfalls mütterlichen Ursprungs. Es wird vom Amnion geliefert, das dabei nicht eine passive Rolle als Filter spielt, sondern sekretorische Eigenschaften entfaltet. Beweis: die Differenzen im osmotischen Druck zwischen Blutserum und Liquor amnii, das Auftreten von Toxinen, als den am schwersten filtrierbaren Körpern usw. Wenn man durch Nephrektomie und Flüssigkeitszufuhr experimentell die Disposition zu transsudativen Prozessen schafft, so geht damit keine Vermehrung des Fruchtwassers parallel. Zwar trat in einer Reihe dieser Versuche Hydramnion ein, aber im großen und ganzen nur in dem Maße und nur in denjenigen Schwangerschaftsperioden, in denen auch bei nephrektomierten Tieren ohne Flüssigkeitszufuhr Hydramnion erzielt wurde. Das Fruchtwasser ist naturgemäß in Quantität und Qualität bis zu einem gewissen Grade von der Beschaffenheit der mütterlichen Nährflüssigkeit, als der Bezugsquelle der Frucht, abhängig. Als festgestellt kann gelten, daß die Nieren intrauterin bereits funktionsfähig sind. Unter pathologischen Verhältnissen können sie reichlich sezernieren, so daß Hydramnion entsteht; z. B. ist dies bei nephrektomierten Tieren der Fall, wo die fötalen Nieren vikariierend für den Fortfall der mütterlichen eintreten. Die Nieren sind für den Fötus ein Sicherheitsventil, das ihn bei Störungen des mütterlichen Stoffwechsels vor der Überladung mit giftigen

Digitized by Google

Substanzen schützt. Die direkte Ursache der Anomalien der Fruchtwassermenge ist aber in der Regel nicht auf seiten der Mutter zu suchen, sondern stets in einer veränderten Funktion des Eies. H. Fuchs (Danzig).

18) **G. A. Wagner (Wien). Beiträge zur Frage der Herkunft des Fruchtwassers.** Leipzig und Wien, Franz Deuticke, 1913.

Verf. hat sich der großen Mühe unterzogen, 120 Fälle aus der Literatur kritisch durchzuarbeiten, in denen es sich um kongenitale Dilatation und Hypertrophie der Blase bzw. der Ureteren handelte, um die Frage der Herkunft des Fruchtwassers aus einer intrauterinen Nierenfunktion zu klären. Er kommt auf Grund des Literaturstudiums und dreier eigener, in extenso mitgeteilter Beobachtungen zu dem Resultat, daß in einem auffallend großen Teil der Fälle von »Ausdehnung der fötalen Blase« die Urethra vollkommen wegsam gefunden wurde, andererseits daß häufig Verschluß der Harnröhre ohne Ausdehnung der Ureteren und Blase zur Beobachtung kam. In den Fällen von Dilatation handelt es sich nie um passive Erweiterung infolge von Harnstauung, sondern um Mißbildungen des uropoetischen Systems oder eines Teiles desselben, Mißbildungen, bei denen eine Exzeßbildung durch übermäßiges, aktives Wachsen der betroffenen Organe im Vordergrunde steht. Diese Fälle stellen ein vollkommenes Analogon zur Hirschsprungschen Krankheit, dem Megakolon congenitum dar. Die Veränderungen an den Harnwegen dürfen keinesfalls als Folgen einer intrauterin entstandenen Harnstauung aufgefaßt werden. Es handelt sich weder um Stauung, noch um Harn. Damit schwindet die Bedeutung dieser Fälle für die Frage der intrauterinen Tätigkeit der Nieren und der Blase, für die jene Fälle bisher als beweisend angesehen wurden. Im zweiten, dem experimentellen Teile seiner Abhandlung beschäftigt sich Verf. mit dem Einfluß der Nierenreduktion auf die Tätigkeit der fötalen Niere. Verf. wählte dazu eine ähnliche Versuchsanordnung wie Wolff, nur mit dem wichtigen Unterschiede, daß er nicht wie dieser den Muttertieren die ganze Nierensubstanz eliminierte, sondern durch einseitige Nephrektomie und Reduktion der anderen Niere eine geringgradigere Schädigung des Muttertieres herbeizuführen suchte. Es zeigte sich, daß danach zwar vorübergehende Störungen auftreten, eine Vermehrung des Fruchtwassers aber nicht statthat. Die letztere erfolgt erst, wenn so viel Nierensubstanz entfernt ist, daß das Tier urämisch wird. Die fötale Niere wird also nur durch tiefgreifende Störungen im mütterlichen Organismus zur Funktion gebracht. Die bisherige Annahme, daß schon normalerweise in jeder Schwangerschaft die fötale Niere funktioniert, ist nicht mehr gerechtfertigt. Endlich ergaben Untersuchungen des Harns Neugeborener mit Sicherheit, daß entgegen der Annahme Wolff's weder Schwangerschaftswehen noch selbst die Geburtswehen imstande sind, eine vorzeitige Nierentätigkeit der Frucht in Gang zu bringen. Dazu gehören immer erst Komplikationen der Geburt oder solche von seiten der Mutter. Durch die sehr exakten Untersuchungen des Verf.s scheint der Nachweis jetzt erbracht zu sein, daß die fötale Niere an der Bildung des Fruchtwassers normalerweise keinen Anteil hat. H. Fuchs (Danzig).

19) **H. Hoefl. Phlegmonöse Entzündung der Membrana chorii.** Inaug.-Diss., München, 1913.

Es handelte sich um eine Pat., die vor 3 Wochen außerhalb der Klinik abortiert hatte, seither gering blutete und leicht fieberte. Ausräumung der vollständig retinierten Placenta. Diese zeigt auf der kindlichen Seite eine walnußgroße mit Eiter gefüllte Höhle. Die mikroskopische Untersuchung zeigt überall kleinzellige Infiltration, die in der Membrana chorii am stärksten ist. Das zwischen den zahlreich vorhandenen Rundzellen liegende Gewebe ist zum Teil in Einschmelzung be-

Digitized by Google

griffen und nekrotisch. Die Färbung auf Bakterien ergibt Strepto- und Staphylokokken. Die Frage nach der Herkunft dieser Bakterien (metastatisch von der Mutter her auf dem Blutwege oder Einwanderung von der Scheide her) läßt Verf. offen. Eisenreich (München).

20) **M. Brouha. Die Schwangerschaft außerhalb der Eihäute.** (Le Scalpel 1913. Nr. 15.)

An der Hand von zwei Fällen bespricht Verf. die extradeciduale (?) Schwangerschaft, welche eine Fortsetzung der Schwangerschaft nach frühzeitiger Blasenruptur darstellt.

Zuwider den früheren Behauptungen bewies Bar im Jahre 1898, daß die Schwangerschaft trotz frühzeitiger Blasenruptur sich fortsetzen kann, und daß infolge des Abfließens des Fruchtwassers, des ständigen Wachsens der Frucht und des Schrumpfens der Eihäute der Fötus in der Gebärmutter außerhalb der Eihäute sich entwickeln konnte.

Das Zerreißen der Eihäute tritt besonders bei Mehrgebärenden auf im 3. oder 4. Monat, bald spontan, bald nach einem Trauma oder einer Ermüdung. Plötzlich fließt eine Menge Fruchtwasser blutig gefärbt ab. Von dem Augenblick ab stellt sich beinahe ein beständiges Abfließen des Fruchtwassers ein (Hydrorrhoea uteri gravidi amnialis) abwechselnd mit Metrorrhagien ein. In dem Fruchtwasser findet man Lanugohaare, Fett und Harnstoff. Dieser Zustand dauert bis zum 6. bis 8. Monat fort. In diesen Fällen erreicht die Gebärmutter nicht ihre normale Höhe: die Palpation ist erschwert infolge des Zusammenziehens des Uterus. Die Entbindung erfolgt spontan, meistens in Steißlage. — Das Kind ist gewöhnlich lebendig, ist aber mißbildet. — Die Nachgeburtsperiode hat ihren normalen Verlauf, die Eihäute fehlen ganz oder teilweise und im letzten Falle kommt gewöhnlich eine Placenta marginata vor.

Die Kinder sterben infolge ihrer angeborenen Schwäche. Sie sind mißraten infolge der engen Raumverhältnisse. Für die Mütter ist die Prognose relativ günstig. Die Behandlung besteht in Bettruhe, Rückenlage und wenn Wehen eintreten im Darreichen von Opiumtropfen. Trotz allem stellt sich doch die Frühgeburt ein. F. Franck (Brüssel).

21) **Stanislaus Tuszewski. Über Nabelschnurvorfall.** Inaug.-Diss., Breslau, 1913.

Statistischer Bericht über 202 Fälle von Nabelschnurvorfall unter 4725 poliklinischen Meldungen. 16% fanden sich bei Schädellage, 32% bei Fußlage, 32% bei Querlage. Eine abnorm lange Nabelschnur wurde 10mal gefunden. Einmal wurde eine Insertio marginalis der Nabelschnur und 40mal enges Becken als begünstigendes Moment vermerkt. War der Muttermund völlig erweitert, so wurde meist die Wendung oder die Zangenextraktion vorgenommen. In 12 Fällen gelang es bei nicht völlig erweitertem Muttermunde, die Nabelschnur zu reponieren, in 4 Fällen mißlang die Reposition. Die Gesamtmortalität der Kinder betrug 43%, bei Erstgebärenden 73%. Kaufmann (Breslau).

22) **F. L. Adair (Minneapolis). Versorgung des Nabelschnurrestes.** (Journ. amer. med. assoc. 1913. Bd. LXI. Nr. 8. p. 537.)

Die Infektionsgefahr des Nabelschnurrestes wird betont und an der Hand der von verschiedenen Untersuchern veröffentlichten Statistiken bewiesen. Verf. untersuchte 65 Nabelschnurreste bakteriologisch; indifferente Organismen wurden in 50%, pathogene in 19,46% gefunden (8mal Staphylokokken, 4mal Bact. coli). In 61 Fällen konnte die bakteriologische Untersuchung durch klinische Beobachtung ergänzt werden: Bei 4 von 17 sterilen Nabelschnurresten wurde Fieber und

Digitized by Google

einmal Ikterus beobachtet. Bei 8 von 32 nicht pathogenen Bakterienbefunden trat Fieber ein und 3mal Ikterus. Bei 3 von 12 pathogenen Bakterienbefunden wurde Fieber und bei einem Ikterus beobachtet.

Eine zweckmäßige Nabelversorgung hat auf möglichste Kürze des Nabelschnurrestes und möglichste Trockenheit zu zielen. Alkohol und Jodtinktur erweisen sich hierbei als ziemlich gleichwertig.

Der Icterus neonatorum ist wahrscheinlich auf Invasion eines schädigenden »Agens« durch die Nabelvenen oder Lymphgefäße zurückzuführen.

Schottelius (Hamburg).

23) **E. Alletsee. Über Indikation und Prognose der manuellen Placentarlösung.** Inaug.-Diss., München, 1912.

Unter 7125 poliklinischen Rufen (1908—1911) finden sich 131 = 1,8% manuelle Placentarlösungen, wobei nur ausgetragene oder Früchte von der 28. Woche ab Berücksichtigung fanden. Die Indikation zum Eingehen in den Uterus gaben in 111 Fällen (= 94,9%) Nachgeburtsblutungen, 5mal (= 4,3%) Retention der Placenta, Placentarverhaltung, 1mal (= 0,8%) Fieber. (14 Fälle mußten wegen ungenügender Angaben in den Journalen ausscheiden.) 81% der manuellen Lösungen wurden bei Mehrgebärenden ausgeführt; 10 Frauen = 8,6% hatten früher schon einmal eine manuelle Lösung durchgemacht. In 16 Fällen (= 13,7%) trat im Anschluß an die manuelle Placentarlösung schweres Puerperalfieber auf, 20mal (= 17,1%) fanden sich nur leichte Störungen, in 27 Fällen (= 61,5%) verlief das Wochenbett fieberfrei. Todesfälle sind 9 (= 7,7%) zu verzeichnen, und zwar sind 5 Frauen trotz der manuellen Lösung der Placenta an dem abundanten Blutverlust gestorben, während 4 (= 3,4%) Frauen an Sepsis im Anschluß an die manuelle Lösung zugrunde gegangen sind.

Der Maßstab für die Schwere einer Geburtskomplikation ist die Mortalität von Mutter und Kind. In Deutschland sterben jährlich etwa 8000 Frauen an Puerperalfieber. Hiervon gehen, wenn man das Resultat der obigen Statistik — 3,4% Mortalität — in Rechnung setzt, 272 Frauen an puerperaler Sepsis, verursacht durch manuelle Placentarlösung, zugrunde.

L. Nürnberger (München).

Puerperalfieber.

24) **Thomas J. Watkins (Chicago, Ill.). Puerperalfieber.** (Amer. journ. of obst. and dis. of women and children 1913. September.)

Im Anschluß an 100, in den letzten 8 Jahren beobachtete Fälle, von denen 9 (darunter 7 mit allgemeiner Peritonitis) starben, kommt Verf. in seiner Besprechung zu folgenden Ergebnissen: Da das Puerperalfieber meist eine Allgemeinerkrankung darstellt, ist auch auf Allgemeinbehandlung das größte Gewicht zu legen, um die Widerstandsfähigkeit des Körpers zu heben. Retinierte Eiteile sind nur im Falle bedrohlicher Blutung zu entfernen. Entzündliche Exsudate im Becken erfordern nur selten eine Inzision, meist resorbieren sie sich sehr gut spontan. Nur wo Verdacht auf Anwesenheit von Eiter in der Bauchhöhle besteht, ist natürlich sofort zu inzidieren. Auch der Operation bei Thrombophlebitis steht Verf. ablehnend gegenüber.

Jaschke (Gießen).

25) **F. Kleinhans (Prag). Klinischer Beitrag zur Kenntnis vom Puerperalprozeß, hervorgerufen durch Streptokokkus viridans.** (Prager med. Wchenschrift 1913. Nr. 38.)

Bei einer 38jährigen Frau, die nach einem spontanen Abortus an allgemeiner,

Digitized by Google

schwerer Pyämie erkrankte, trat wenige Tage vor dem Tode Paraplegie beider Beine, sowie Inkontinenz der Blase und des Mastdarmes auf. Die Sektion wies im Rückenmark zahlreiche kleinste Abszesse und Erweichungsherde auf. Ist schon die Myelitis im Puerperium eine seltene Affektion, so ist dieser Fall von besonderem Interesse durch den Nachweis des Streptokokkus viridans und durch die öfter beobachtete, noch nicht ganz aufgeklärte Erscheinung der Abnahme der Erreger im Blute vor dem tödlichen Ausgang der Erkrankung. Piering (Prag).

26) **C. B. Ingraham** (Denver, Colorado). **Die Behandlung der puerperalen Infektion.** (Am. journ. of obst. and dis. of women and children 1913. September.)

Bestehen Zweifel, ob der Uterus leer ist, dann empfiehlt Verf. in jedem Falle eine Austastung mit folgender intrauteriner Kochsalzdusche. Sind Reste vorhanden, so sollen dieselben digital gelöst, dann mit der Abortzange entfernt werden; nur ausnahmsweise darf zur Lösung eines festhaftenden Restes die Kürette zuhilfe genommen werden. Eine vollständige Abrasio bei bestehender Infektion ist unter allen Umständen verpönt. Auch hier wird eine intrauterine Spülung zwecks Wegschaffung von Sekret, Kontraktionsanregung und Blutstillung nachgeschickt.

Bei bereits vorgeschrittener Infektion ist jede Lokalbehandlung zu unterlassen, statt dessen der Allgemeinbehandlung erhöhte Aufmerksamkeit zuzuwenden.

Schwierig ist die Frage der operativen Behandlung zu entscheiden. Die Hysterektomie kommt meist zu spät, bzw. man würde sehr viele Uteri unnötig opfern. Ähnliches gilt von der operativen Behandlung der thrombophlebitischen Form des Puerperalfiebers. — Pyosalpingen und Ovarialabszesse sollten, sobald sie nachweisbar werden, sofort per laparotomiam operiert werden. Parametrane Abszesse sind per vaginam zu eröffnen. Jaschke (Gießen).

27) **Domin. Bertrand** und **Bronislawa Jejgin** (Paris). **Bakteriologische Untersuchungen einiger Fälle von Entzündung der Gebärmutter und Proben, dieselben durch sensibilisierte Krankheitserreger zu heilen.** (Medycyna i kronika lekarska 1913. Nr. 42 u. 43.)

In 9 Fällen von puerperaler Metro-Endometritis wurden bakteriologische Untersuchungen angestellt. Es wurden Staphylokokken, Streptokokken und spezielle, gramnegative Diplokokken (nicht Gonokokken) gezüchtet, dieselben in Reinkulturen, zunächst abgetötet, dann lebend, in steigenden Dosen Tieren einverleibt; das auf diese Weise erworbene Serum wurde therapeutisch verwendet. Die Effekte sind sehr gut zu nennen, da alle Pat. in kurzer Zeit zur Heilung kamen. Czyzewicz (Lemberg).

28) **C. Le Masson** (Paris). **Schwere puerperale Infektion am Tage nach der Entbindung und Heilung durch Antistreptokokkenserum.** (Revue prat. d'obst. et de péd. 1913. Nr. 290. Juni.)

Schwere puerperale Infektion am 7. Tage post partum. Schüttelfrost, 41° Temperatur, Puls 130—140. Im ganzen, in 48 Stunden, Injektion von 160 ccm Antistreptokokkenserum aus dem Institut Pasteur. Heilung. Dieser Fall zeigt den großen Wert des Serums bei der Behandlung der puerperalen Infektion und seine vollständige Unschädlichkeit. Hohl (Bremerhaven).

29) **G. Hahn** (Bischofteinitz). **Beitrag zur Atophantherapie unter Berücksichtigung der kombinierten Arzneiwirkung.** (Prager med. Wochenschrift 1913. Nr. 36.)

In 2 Fällen von schwerem Puerperalfieber trat auf Darreichung von 1,0 g Collargol per rectum und zweistündlich 1,0 g Atophan (im ganzen 5,0 g) ein auffallend rascher Abfall der Temperatur ein. Collargol allein hatte diese Wirkung nicht. H. fordert zur Nachprüfung auf. Piering (Prag).

Digitized by Google

30) **E. A. Bullard** (Brooklyn). **Ein Fall von totaler Okklusion der Cervix und teilweiser Obliteration des Cavum uteri im Anschluß an Puerperalfieber.** (Am. journ. of obst. and dis. of women and children 1913. Oktober.)

Das Wesentliche über den Fall sagt der Titel. Im Anschluß daran Literaturübersicht. Jaschke (Gießen).

31) **A. Finkel. Über die puerperale Morbidität nach spontanen Geburten.** Inaug.-Diss., München, 1912.

In der Zeit von Oktober 1907 bis Januar 1912 sind in der Münchener Universitäts-Frauenklinik 10829 Frauen niedergekommen. Nach Abzug der operativen Entbindungen, der Eklampsien und Frühgeburten bleiben 9077 Spontangeburten. Die Morbidität betrug mit Einrechnung der extragenitalen Affektionen 6,2%. Verf. erörtert dann ausführlich die Verhältnisse bei Erst- und Mehrgebärenden, bei langer Dauer der Geburt, bei spontaner und künstlicher Lösung der Placenta; ferner die artefizielle endogene und exogene Infektion und schließlich die Therapie.

L. Nürnberger (München).

Fötus und Neugeborenes.

32) **Ed. Lévy, A. Magnan et Ch. Sellet** (Paris). **Untersuchungen über das Wachstum des Fötus.** (Revue prat. d'obst. et de péd. 1913. Juni. Nr. 290.)

Die Verff. haben Untersuchungen über Länge und Gewicht des Fötus in den einzelnen Monaten der Schwangerschaft angestellt. Ihre Resultate sind folgende: Die individuellen Verschiedenheiten sind sehr groß. Das Wachstum des Gewichtes ist sehr schnell. Bis zum 7. Monat verdoppelt der Fötus sein Gewicht ungefähr alle Monate, von da an überschreitet die Zunahme pro Monat nicht ein Drittel oder ein Viertel des Gewichtes. Die Länge verdoppelt der Fötus alle Monate bis zum 4. Schwangerschaftsmonat, im 4. und 5. Monat gewinnt er noch den dritten Teil seiner Länge, von da an höchstens den fünften Teil pro Monat. Das Gewicht am Ende der Schwangerschaft schwankt zwischen 2 und 5 kg, die Länge von 40—55 cm. Hohl (Bremerhaven).

33) **Julius Levi. Über angeborene Hirnbrüche.** Inaug.-Diss., München, 1912.

Ausführliche, mit einer sehr instruktiven Photographie versehene Beschreibung eines in der Münchener Universitäts-Frauenklinik eingelieferten Falles von Cephalokele. Es handelt sich um eine 3880 g schwere und 52 cm lange Mißgeburt weiblichen Geschlechts. Dem Occiput sitzt breit eine kindskopfgroße Geschwulst auf, die »wie ein Chignon« auf den Rücken des Kindes herabhängt. Am Hinterhaupt besteht ein großer Knochendefekt, dessen Durchmesser 5 cm beträgt. Die Geschwulst fühlt sich teigig an und mißt in ihrem Längsdurchmesser 13 cm, in ihrem Querdurchmesser 11 cm. Der größte Umfang betrug 32 cm. Die leicht behaarte Haut des Tumors zeigt am Scheitel eine bindegewebige Narbe. Ein Sagittalschnitt durch den Schädel zeigte, daß fast das ganze Groß- und Kleinhirn durch die breite Knochenlücke ausgetreten war. L. Nürnberger (München).

34) **H. Finken. Die fötale Hydrocephalie in geburtshilflicher Beziehung.** Inaug.-Diss., München, 1912.

Unter 20583 Geburten der Münchener Universitäts-Frauenklinik und Hebammenschule in den Jahren 1902—1911 inkl. fanden sich 20 Fälle von Hydrocephalie, d. i. 1:1029. Die 20 Geburtsgeschichten werden ausführlich erörtert.

Digitized by Google

Von den 20 Müttern starb nur eine (v. Winckel 18%, Hohl 26%, Schuchard 19,2% mütterliche Mortalität). Für die Kinder ist die Prognose absolut ungünstig, da sie, selbst wenn sie lebend geboren werden, in den ersten Tagen post partum zugrunde gehen. Von den 20 Kindern lebten nach der Geburt noch 4, von denen 2 sofort, die beiden anderen einige Tage später starben. Bei der Therapie kann demnach die Rücksicht auf das Kind völlig in den Hintergrund treten. In erster Linie kommt die Perforation oder Punktion des hydrocephalischen Schädels in Betracht. Die Anwendung der Zange ist unter allen Umständen kontraindiziert.

L. Nürnberger (München).

35) **Hermann Weber. Zwei Fälle von Anencephalie.** Inaug.-Diss., München, 1913.

Kasuistischer Beitrag. Besonders interessant ist an dem einen Anencephalus eine dorsale Ausstülpung des Peritoneums, die bei oberflächlicher Besichtigung den Eindruck einer Meningokele machte. Den Inhalt dieses Bruchsackes bildete ein Konvolut von Darmschlingen, »die von unten aus dem Abdomen kommend, nach oben verlaufen und deutlich bis zum Nacken dicht hinter dem Kopf zu verfolgen sind, wo sie in starken Verwachsungen oben links blind endigen«. Ein Anus war nicht nachzuweisen. Mehrere kleinere, blind endigende Gänge in der Wandung des Bruchsackes werden von W. als mögliche rudimentäre Aftereinstülpungen gedeutet. — Ähnliche Fälle von dorsaler Ausstülpung des Peritoneums sind in der Literatur bisher sehr spärlich niedergelegt (Muscatello, Rindfleisch, Seritzer, Levy, Rembke). L. Nürnberger (München).

36) **Tamouji Urano. Über einen Fall von Spina bifida.** Inaug.-Diss., München, 1912.

Im Anschluß an einen in der Münchener Universitäts-Frauenklinik beobachteten Fall von Spina bifida erörtert Verf. eingehend Morphologie, Symptomatologie, Verlauf, Prognose und Therapie dieser Mißbildung.

L. Nürnberger (München).

37) **Arthur Pusch. Über den Geburtsmechanismus beim Thorakopagus.** Inaug.-Diss., Breslau, 1913.

Bericht über 4, an der Breslauer Frauenklinik beobachtete Fälle von Thorakopagus und Zusammenstellung von weiteren 28 Fällen aus der Literatur. Die günstigste Lage für eine spontane Geburt ist, falls dies überhaupt möglich ist, die Fußlage. Unter den 28 Fällen mußten 8mal zerstückelnde Operationen vorgenommen werden, davon 5mal bei Kopflage, 2mal bei Fußlage. Da die meisten Thorakopagen kurz nach der Geburt sterben, soll keine Rücksicht auf das kindliche Leben genommen und sollen alle größeren Eingriffe vermieden werden. Von den 4 beobachteten Fällen handelte es sich 3mal um Kopflage, 1mal um Fußlage. Bei dem einen Fall wurde die Dekapitation vorgenommen, die anderen wurden in toto spontan geboren. Bei einem Falle handelte es sich um eineiige Drillinge, von denen der zweite und dritte an Brust und Oberbauchgegend zusammengewachsen waren. Kaufmann (Breslau).

38) **Erich Roschke. Ein Fall von doppelseitigem Radiusdefekt.** Inaug.-Diss., München, 1912.

Kasuistischer Beitrag. Sehr instruktives Röntgenogramm. Ausführliches Literaturverzeichnis. L. Nürnberger (München).

39) **Fr. Neugebauer (Warschau). Zur Kasuistik der außergewöhnlichen Fruchtbarkeit des Weibes.** (Medycyna i kron. lek. 1913. Nr. 35.)

Gewöhnlich ist in Fällen von abnormer Fruchtbarkeit eine Familienprädisposition zu finden. Im allgemeinen zählt man eine Zwillingsgeburt auf 80, eine

Digitized by Google

Drillingsgeburt auf $80^2 = 6400$, eine Vierlingsgeburt auf $80^3 = 51\,200$ Geburten usw. Die Zahlen wären aber anders, wenn man nicht Geburten, sondern Schwangerschaften beobachten wollte. Es sind eben zahlreiche Fälle bekannt, wo ein Zwilling intrauterin zugrunde gegangen ist und der zweite ausgetragen wurde. Es ist also anzunehmen, daß die mehrfache Schwangerschaft bedeutend häufiger ist. Was die extrauterine Schwangerschaft anbetrifft, konnte der Verf. schon jetzt 240 Fälle sammeln von Zwillingen mit heterotopem Sitze beider Früchte. Auch Zwillinge mit isochronem, extrauterinem Sitze beider Früchte sind bedeutend häufiger wie es angenommen wird. — Von extrauteriner Drillingsschwangerschaft sind nur 3 Fälle bekannt von Drillingen in einer Tube und 1 Fall von gleichzeitigen Zwillingen in einer und einem Drilling in der anderen Tube.

Aus eigener Erfahrung teilt der Verf. einen Fall von 9 Geburten und 13 Aborten mit. In der 23. Schwangerschaft trat eine tubare Einnistung des Eies ein, und die Pat. wurde im 9. Schwangerschaftsmonat nach Absterben des Kindes glücklich operiert.

Czyzewicz (Lemberg).

40) **K. Bauholzer. Der Einfluß des Nichtstillens auf das Schicksal der Neugeborenen.** Inaug.-Diss., München, 1913.

Das dieser Arbeit zugrundeliegende Material setzt sich aus 432 Anamnesen zusammen und zwar derart, daß je ein Drittel der Fälle auf die Kgl. gynäkologische Poliklinik in München, auf die Säuglingsfürsorge- und Mutterberatungsstelle der Wertachvorstände Augsburgs und endlich auf die frühere Landpraxis des Verf. auf der schwäbisch-bayerischen Hochebene entfällt. Bezüglich der Stillfrequenz ergaben sich folgende Zahlen in Prozenten ausgedrückt: Für die Kgl. gynäkologische Poliklinik 32%, für die Vorstädte Augsburgs 35%, für den erwähnten Landbezirk 38,7%. Die Säuglingsmortalitätsziffer berechnet sich für die Fälle der Kgl. Poliklinik auf 29% im ersten Lebensjahr, auf 27% für die Vorstädte Augsburgs und auf 24% für den erwähnten Landbezirk. Mehr als 45% aller nicht gestillten Kinder wurden von Krankheiten des Digestionstraktus und ihren Folgen befallen, 72% aller nicht gestillten Kinder haben mit Schwierigkeiten in der Dentitionsperiode zu tun gehabt, 22% der Flaschenkinder waren rachitisch, in 18% der Fälle handelte es sich um exsudative Diathese oder Skrofulose.

L. Nürnberger (München).

41) **R. W. Raudnitz (Prag). Frauenkurse über Säuglings- und Kinderpflege.** (Prager med. Wochenschrift 1913. Nr. 37.)

R. fordert die Ärzte der Landspitäler auf, an ihren Krankenanstalten Kurse abzuhalten, mit einem dreifachen Zweck: Heranbildung von geschulten Krankenwärterinnen, 2) Kinderpflegerinnen und 3) zur Belehrung der Mütter und Mädchen aller Stände. Der Vortrag bringt eine Übersicht aller der in den Kursen von R. besprochenen Fragen, die sehr übersichtlich und mustergültig ist.

Piering (Prag).

Kaiserschnitt.

42) **R. Petersen (Ann Arbor, Michigan). Die Indikationen des abdominalen Kaiserschnitts.** (Surgery, gynecol. and obstetr. Vol. XVII. Nr. 2.)

Das enge Becken indiziert den Kaiserschnitt absolut, wenn bei lebendem Kinde die Conjugata vera 7,5 cm oder weniger ist, bei toter Frucht 6,3 cm oder

Digitized by Google

darunter. Bei mittlerer Beckenenge von 8—9,5 cm Vera soll bei Primiparae zunächst abgewartet werden und nur, wenn die Geburt per vias naturales sich als unmöglich erweist, nach streng aseptischer Beobachtung zur Operation geschritten werden. Bei Mehrgebärenden soll auch in solchen Fällen von vornherein der Kaiserschnitt vorgezogen werden, wenn die vorausgegangene »Probegeburt« ungünstig verlaufen ist. Ferner kann der Kaiserschnitt durch cervicale oder intraligamentäre Myome indiziert sein. Dabei ist meist die Porro'sche Operation dem konservativen Kaiserschnitt vorzuziehen. Ovarialtumoren machen den Kaiserschnitt nur selten notwendig, da sie in der Schwangerschaft oder intra partum exstirpiert werden können. Weitere Indikationen sind: intrauterine Blutungen und Placenta praevia, Narbenstrikturen der Cervix oder der Vagina, Ventro- oder Vaginäfixationen, abnorme Größe des Kindes und ausnahmsweise Eklampsie, bei der meist der vaginale Kaiserschnitt vorzuziehen ist.

Robert Stern (Offenbach).

43) **Barton Cook Hirst (Philadelphia, Pa.). Die Vorteile des suprasymphysären extraperitonealen Kaiserschnittes in reinen wie infektionsverdächtigen Fällen.** (Amer. journ. of obst. and dis. of w. and children 1913. März.)

Trotzdem Verf. auch beim klassischen Kaiserschnitt unter 133 Fällen nur 6 Todesfälle hatte, ist er doch zum extraperitonealen Kaiserschnitt übergegangen, der eine Reihe von Vorteilen bietet. Die Mortalität ist sowohl bei reinen wie infizierten Fällen minimal, die Lage der Uteruswunde ist so, daß selbst im Falle einer Infektion keine absolute Gefahr besteht, Adhäsionen werden sicher vermieden, die Bauchwunde selbst ist fester. Der einzige Nachteil ist, daß es einmal mißlingen kann, rein extraperitoneal zu operieren. Den Einwand, daß die Infektion des Bindegewebes gefährlicher sei als die des Peritoneums, hält H. für hinfällig, zumal bei Infektionsgefahr durch Drainage der Bindegewebswunden Abhilfe geschaffen werden kann.

Jaschke (Gießen).

44) **Ernst Weile. 52 Fälle von extraperitonealem Kaiserschnitt an der Universitäts-Frauenklinik München.** Inaug.-Diss., München, 1912.

Vom 30. November bis 20. Mai 1911 wurden in der Münchener Universitäts-Frauenklinik 52 extraperitoneale Kaiserschnitte ausgeführt. 49mal war enges Becken der Grund zum Eingriff. In 49 Fällen wurde die Operation völlig extraperitoneal ausgeführt, 16mal riß das Peritoneum bei seiner Ablösung ein. In 3 Fällen war man gezwungen, von der Ausführung des extraperitonealen Kaiserschnittes abzustehen und an seine Stelle das transperitoneale Verfahren oder die klassische Sectio caesarea zu setzen. Von den 52 Müttern wurden 49 geheilt entlassen, 3 starben, und zwar eine Frau an schwerer Eklampsie, eine an paralytischem Ileus, eine an schon vorher bestehender, schwerer Sepsis. Die Operation hat also eine absolute mütterliche Mortalität von 5,8% und — wenn man nur den eigentlich einzig und allein in Betracht kommenden Fall von paralytischem Ileus in Rechnung setzt — eine relative Mortalität von 1,9%. — Von den Kindern konnten 44 gesund entlassen werden; 8 Kinder wurden teils tot geboren, teils starben sie kurz nach der Geburt = 15,4% Mortalität. Ausführliche Krankengeschichten.

L. Nürnberger (München).

45) **J. F. Baldwin (Columbus). Sectio caesarea und Hysterektomie bei positiver Infektion.** (New York med. journ. 1913. Bd. XLVIII. Nr. 8. p. 372.)

Bei Sepsis intra partum und engem Becken wird von amerikanischen Gynä-

Digitized by Google

kologen, wie eine Umfrage ergab, im allgemeinen Perforation empfohlen; nur zwei Stimmen lauteten für Porro oder extraperitonealen Kaiserschnitt.

Bericht über 2 Fälle von septischer Infektion intra und post partum, die nach Panhysterektomie genasen. B. legt besonderen Wert auf eine gründliche Desinfektion des Cervixstumpfes und der Scheide mit Jodtinktur.

Schottelius (Hamburg).

46) **Leo Brooks Rosenthal** (Neuyork, City). **Offener Ductus Botalli. Bericht über einen mit Schwangerschaft komplizierten Fall.** (Amer. journ. of obst. and dis. of w. and children 1913. August.)

Verf. gibt die ausführliche, durch Orthodiagramme, Elektrokardiogramme, Arterien- und Venenpulskurven illustrierte Schilderung eines solchen Falles bei einer 20jährigen Erstgebärenden. Die Schwangerschaft verlief ohne Beschwerden, am Ende derselben wurde der Kaiserschnitt gemacht, um die Gefahr einer Überlastung des Herzens durch die Geburtsarbeit zu umgehen. Glatter Verlauf. (Der Fall gehört ja zu den seltensten Komplikationen, ist aber von prinzipieller Wichtigkeit. Ref.)

Jaschke (Gießen).

47) **Collin Foulkrod** (Philadelphia). **Kaiserschnitt bei Placenta praevia centralis.** (Amer. journ. of obst. and dis. of w. and children 1913. März.)

Verf. plaidiert für den Kaiserschnitt bei Placenta praevia centralis, weil die Placentarstelle dabei unberührt bleibt und damit die Blutung viel geringer ist als bei irgendeiner anderen Methode, die Chancen für das Kind viel größer und endlich die Infektionsgefahr und der Shock geringer sind.

Weiter berichtet Verf. über vier eigene Fälle, davon drei am Ende der Gravidität.

Jaschke (Gießen).

48) **David White. Der abdominelle Kaiserschnitt bei Placenta praevia.** Inaug.-Diss., München, 1912.

W. stellt in der überaus fleißigen, mit einem ausführlichen Literaturverzeichnis versehenen Arbeit 116 Fälle von abdominalem Kaiserschnitt bei Placenta praevia übersichtlich zusammen.

L. Nürnberger (München).

49) **Herbert Schroeder. Placenta praevia und vaginaler Kaiserschnitt.** Inaug.-Diss., München, 1913.

Zusammenstellung von 47 Fällen von vaginalem Kaiserschnitt aus der Literatur. Im Anschluß daran bringt Verf. das Material der Münchener Universitäts-Frauenklinik vom 1. September 1907 bis 1. Mai 1912. Es kamen im ganzen 105 Fälle von Placenta praevia zur Beobachtung, von denen 67 = 63,8% mit Hysterotomia vaginalis anterior nach der Döderlein'schen Methode entbunden wurden. Von den 67 Frauen starben 5, davon eine an tuberkulöser Pneumonie am 5. Wochenbettstage, 2 an Sepsis und 2 an Verblutung. Von den 67 Kindern kamen — ohne Rücksicht auf die Lebensfähigkeit der betreffenden Kinder — 43 = 65,2% lebend zur Welt. Von den 22 lebensfähigen und bei Eintritt in die Klinik noch lebenden wurden 20 = 90,9% lebend geboren.

Von den 62 genesenen Frauen machten 30 ein normales Wochenbett durch. Bei 32 = 52% der Fälle bestand mehr oder weniger leichtes Fieber.

Ausführliche tabellarische Zusammenstellung der einzelnen Fälle mit Angabe der wichtigsten Daten aus der Krankengeschichte.

O. Eisenreich (München).

Digitized by Google

50) L. Venator. Der vaginale Kaiserschnitt. Inaug.-Diss., München, 1912.

In der Münchener Universitäts-Frauenklinik kamen auf 4720 Geburten vom 1. Juni 1909 bis 1. Juni 1911 93 vaginale Kaiserschnitte (1,97%). 38 bei Placenta praevia, 20 bei Eklampsie, 4 bei vorzeitiger Lösung der normal sitzenden Placenta, 3 bei Hydramnion, 3 bei Querlage, 1 bei cervikalem Myom, 2 bei Pneumonia crouposa, dann bei schwerer Blutung, Kind in Gefahr, Nephritis, Varicenblutung, Pyelitis, vorzeitigem Fruchtwasserabfluß, Blasenmole, Kontraktionsring am 3. Tage, bei urämischer Psychose, drohender Uterusruptur, schwerer Abortblutung. Mütterliche Mortalität: bei Placenta praevia 2 an Sepsis, 1 an Verblutung, 1 an Tuberculosa pulm., bei Eklampsie 4 an ihren Folgen, ferner bei anderen Indikationen 1 an Pneumonie und 1 an protrah. Abort. 58 Wochenbetten afebril, 35 febril, da 18 schon ante op. afebril, so 15% febril. Von 92 Kindern (1mal Blasenmole) 53 lebend ausgetragen, 8 Kinder auf Kosten der Therapie gestorben. 90% am Leben. Verf.s Arbeit reiht sich an eine von Seitz an, der auf 6500 Geburten 1% vaginale Hysterotomien fand, darunter kein Todesfall auf Konto der Therapie, 14% febriles Wochenbett. Unter Einbeziehung letzterer Statistik in die des Verf.s 2,4% mütterliche Mortalität auf Konto der Operation. 13% kindliche Mortalität, 14,6% febrile Wochenbetten (obere Wochenbettsmorbiditätsgrenze). — Bisher noch kein Narbenriß bei einer der vaginalen Hysterotomie nachfolgenden Geburt beobachtet. Der vaginale Kaiserschnitt darf als lebenssichere Operation gelten.

v. Miltner (München).

51) F. X. von Hafenbraedl. Sectio caesarea vaginalis als Methode der künstlichen Fehl- und Frühgeburt. Inaug.-Diss., München, 1912.

Alle bisher zur Einleitung der Fehl- oder Frühgeburt angewendeten Eingriffe (Jodoformgazetamponade, Eihautstich, brüske Dilatation der Cervix mit Metalldilatatoren, langsame Dilatation mittels Laminaria, Metreuryse) haben folgende mehr oder minder schwer ins Gewicht fallende Nachteile: 1) der langen Dauer bis zur völligen Entleerung des Uterus, 2) der Infektion, 3) der Verletzungs- und Blutungsgefahr, 4) der Unsicherheit des Erfolges, 5) der Geburtsleistung durch die Schwangere allein.

Es handelte sich darum, eine neue Methode zu finden, die neben einer raschen und sicheren Wirkung, eine möglichst geringe Infektionsgefahr aufweist und keine Anstrengungen und üblen Nachwirkungen für die Mutter im Gefolge hat. Allen diesen Anforderungen wird in geradezu idealer Weise der von Dührssen im Jahre 1896 beschriebene vaginale Kaiserschnitt in der von Döderlein angegebenen Modifikation gerecht.

An zahlreichen, ausführlichen Krankengeschichten aus der privaten und poliklinischen Praxis von Prof. Klein wird die Richtigkeit der vorstehenden Ausführungen erwiesen.

L. Nürnberger (München).

52) Salmann Gruber. Spätere Geburten nach vaginalem Kaiserschnitt. Inaug.-Diss., München, 1913.

Ausführliche Beschreibung von 14 Fällen, in denen nach vorhergegangenem, vaginalem Kaiserschnitt wieder Schwangerschaft eintrat. Davon kamen 8 Frauen spontan zur richtigen Zeit, 2 Frauen 3mal vor der Zeit spontan nieder, 1 Frau wurde nach spontaner Eröffnung des Muttermundes wegen Querlage durch Wendung und Extraktion entbunden. In drei weiteren Fällen wurde die künstliche Unterbrechung der Gravidität wegen Tuberkulose und engen Beckens vorgenommen.

Digitized by Google

Verf. schließt daraus, daß der vaginale Kaiserschnitt ohne nachteiligen Einfluß auf den normalen Verlauf späterer Geburten ist.

Eisenreich (München).

53) **Fr. Gutzmann** (Berlin). **Über Kaiserschnitt bei Geburtsstörungen nach antefixierenden Operationen am Uterus.** (Frauenarzt 1913. Hft. 8.)

V. bringt die ausführlichen Krankengeschichten von 4 Fällen, in denen infolge vorangegangener antefixierender Operationen am Uterus die Entbindung mittels Kaiserschnitt vorgenommen werden mußte. Er kommt auf Grund seiner Beobachtungen zu folgenden Resultat:

In einer Reihe von Fällen, in denen den Uterus direkt antefixierende Operationen vorausgegangen sind, ist der klassische Kaiserschnitt erforderlich. Es muß, wenn die Frauen erst zu einem Zeitpunkt zur Beobachtung kommen, wo die Geburt schon länger gedauert hat, wenn mehrfache, event. suspekte innere Untersuchungen oder gar Entbindungsversuche vorangegangen sind, von demselben Abstand genommen werden und dann die Frau unter Opferung des kindlichen Lebens mit Zerstückelung des Kindes oder aber, wenn auch dies unmöglich, mittels Porro'scher Operation entbunden werden. Ein Abwarten ist nur in der Klinik zulässig, wo jederzeit und vor allen Dingen zur rechten Zeit der Kaiserschnitt gemacht werden kann. Daher ist nach Möglichkeit eine rechtzeitige Einlieferung derartiger Frauen in die Klinik zu fordern, wo auch bei Spontanruptur ohne die Schädigung und den Zeitverlust des Transports sofort operiert werden kann. Zur Verhütung dieser Geburtsstörungen ist in Zukunft eine direkte Antefixation des Uterus, sei es Vaginofixation oder Ventrifixur, im gebärfähigen Alter zu verwerfen und den anderen indirekt fixierenden oder suspendierenden Methoden der Vorzug zu geben, besonders der Olshausen'schen, die keine Geburtsstörungen und die besten Dauerresultate gibt, dann der Alexander-Adam'schen Operation und der von Doléris angegebenen Methode der intragenitalen Raffung der Bänder. Bei nötig gewordenem Kaiserschnitt ist nach Möglichkeit, da die Verhinderung einer neuen fixierenden Narbe an der Stelle der alten nicht in der Hand des Operateurs liegt und somit die Frau bei jeder neuen Schwangerschaft wieder in Gefahr kommen kann, zumal bei Mehr- oder Vielgebärenden mit lebenden, größeren Kindern, die tubare Sterilisation vorzunehmen. Die Fixation ist zur Vermeidung einer stärkeren Blutung und schlechten Kontraktion des Uterus nach seiner Entleerung möglichst im Beginn der Operation zu lösen. Um die Möglichkeit, daß der Uterus sich ohne neue antefixierende Narbe zurückbildet, zu begünstigen, ist in jedem Falle nach Lösung der Verwachsungen am Uterus gut zu peritonisieren und mit Netz zu bedecken.

Lieven (Bonn).

Originalmitteilungen und Referate für das Zentralblatt wolle man an *Prof. Dr. W. Stoeckel* in Kiel, Monographien, Sonderdrucke und Bücher-sendungen an *Prof. Dr. W. Stoeckel* oder an die Verlagshandlung von *Johann Ambrosius Barth*, Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. W. Stoeckel in Kiel.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Digitized by Google

Zentralblatt für Gynäkologie

begründet von HEINRICH FRITSCH

herausgegeben von

WALTER STOECKEL in Kiel.

37. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 51. Sonnabend, den 20. Dezember 1913.

Inhalt.

Originalien: I. **F. Ahlfeld**, Der Mechanismus der Scheidenausspülungen ante partum. — II. **C. J. Bucura**, Zur Theorie der inneren Sekretion des Eierstocks. — III. **O. Grönė**, Epidurales Hämatom im Rückenmarkskanal bei Neugeborenen. — IV. **H. Henne**, Zur Reposition der vorgefallenen Nabelschnur.

Neue Bücher: 1) **Kollmann und Jacoby**, Urologischer Jahresbericht. — 2) **Schweitzer**, Prophylaxe des Wochenbettfiebers. — 3) **v. Behr-Pinnow**, Geburtenrückgang und Säuglingssterblichkeit.

Darm: 4) **Graham**, Mesenterialer Ileus. — 5) **Eastman**, Peritoneale Falten. — 6) **Lapenta**, 7) **Purse**, 8) **Hilscher**, 9) **Wagner**, 10) **Sorge**, Appendicitis. — 11) **Dorn**, Appendixkarzinom. 12) **Erdmann**, Maligne Erkrankung des Kolon.

Allgemeine Gynäkologie: 13) **Wertenbaker**, 14) **v. Neugebauer**, Eugenik u. Gynäkologie. — 15) **Dickinson**, Uterine Syndrome. — 16) **Maxwell**, Gynäkologische Ergebnisse. — 17) **v. Kemnitz**, Asthenischer Infantilismus. — 18) **Hughes-Hielscher**, Symptom des Kreuzschmerzes. — 19) **Beddard**, Coccygodynie.

Tuberkulose: 20) **Stocker jun**, Peritonealtuberkulose. — 21) **Jayle**, Tuberkulose der Tube. — 22) **Wayneroff-Winarow**, Vulvatuberkulose. — 23) **Jaworski**, 24) **Chaillet**, 25) **Raspini**, Tuberkulose und Schwangerschaft. — 26) **Bacon**, Sanatoriumbehandlung Tuberkulöser. — 27) **Kapsammer**, 28) **Bryan**, Nierentuberkulose. — 29) **Falgowsky**, Sondercyste in einer tuberkulösen Amyloidniere.

Allgemein-Operatives: 30) **Reynolds**, 31) **Polak**, Gynäkologische Operationen bei Herzerkrankungen. — 32) **Cullen**, Operation bei geringem Hämoglobingehalt. — 33) **Dobbert**, Kölliotomie. — 34) **Cohn**, Atmosphärische Luft im Abdomen. — 35) **Müller**, Warnung vor einer Catgutnaht der Bauchfascie. — 36) **Berlowitz**, Knochenbildungen in der Laparotomienarbe. — 37) **Kawczynski**, Laminariadilatation. — 38) **Abramson**, Hämatometra nach Abrasio. — 39) **Kadisch**, Kolpotomia posterior. — 40) **Palefsky**, Duodenalinstrumente.

I.

Der Mechanismus der Scheidenausspülungen ante partum.

Von

F. Ahlfeld (Marburg a. L.).

Der Vortrag Zweifel's[1] auf der Naturforscherversammlung zu Wien und die sich daran knüpfende Diskussion[2] werden wahrscheinlich die Frage über den Wert der präliminaren Scheidenausspülung wieder auffrischen. Es bedarf immer einmal eines neuen Stimulus, um gegenüber den nihilistischen Bestrebungen einer kleinen Zahl von Geburtshelfern eine der wichtigsten Fragen der geburtshilflichen Diätetik neu in Gang zu bringen.

Sollten sich infolgedessen Kliniker oder deren Hilfskräfte an neue Unter-

[1] Zentralblatt f. Gynäkologie 1913. Nr. 39. p. 1443.

[2] Ebenda Nr. 41. p. 1511.

Digitized by Google

suchungen heranmachen, so erscheint es mir nicht unangebracht, auf einige beachtenswerte Punkte bei der Ausführung dieser Versuche aufmerksam zu machen.

Voraus möchte ich schicken, daß diese Versuche nur an großem Material ausgeführt beweiskräftig sein werden.

Man nehme sich vor, ohne Eingehen auf Einzelheiten, bei Hunderten von Gebärenden ohne Ausnahme eine gleichartige Ausspülung zu machen und bei Hunderten eine solche zu unterlassen. Nicht aber etwa in der Weise, daß man abwechselnd bei der einen Gebärenden eine Ausspülung machen würde, bei der nächsten sie unterlassen. Man würde bei diesem Verfahren allzu geneigt sein, bei Geburtsanomalien von diesem regelmäßigen Turnus abzuweichen. Auch würden, da die Vorbereitungen zur Geburt zumeist in Händen von Personen liegen, die den Ernst der wissenschaftlichen Frage nicht in sich aufgenommen haben, und zu Abweichungen geneigt sind, eher Entgleisungen verhütet werden, als wenn bei einer Frau wie bei der anderen die vorbereitenden Maßregeln gleichmäßig ausgeführt werden.

Von vornherein möchte man fragen: Wodurch soll denn eine sorgfältig vorgenommene Ausspülung schaden können? Reinigen wir denn nicht alle mit der Außenwelt in Verbindung stehende Körperhöhlen, bevor eine blutige Verletzung vorgenommen wird. Warum vor der Erwartung einer Geburtsverletzung nicht auch die Scheide?

Und doch, gewisse Bedenken haben ihre Berechtigung und bedürfen einer Klarlegung.

Man wirft der präliminaren Scheidenspülung vor, es würden leicht Keime der äußeren Genitalzone in die Vagina erst hineingebracht.

Dies läßt sich vermeiden, wenn man, nach Desinfektion der äußeren Genitalien, mit zwei Fingern der einen Hand die Labia interna spreizt, sie mit Watte und einer desinfizierenden Flüssigkeit abwischt und nun, unter Benutzung des Auges, das Spülrohr durch die Hymenalspalte führt.

Wichtiger scheint mir der Einwurf zu sein, man bringe die Keime des tieferliegenden Scheidenraumes durch den Flüssigkeitsstrom höher hinauf, ja, nach dem Blasensprung direkt in die erweiterte Cervix und in den unteren Gebärmutterabschnitt. Und weiter. Ein gleiches In-die-Höhe-dringen der Keime könne auch geschehen, wenn man die Scheide ballonartig mit der Flüssigkeit füllt, so daß die oberen Regionen ausgedehnt und von der bakterienhaltigen Flüssigkeit bespült werden.

Beide Einwürfe halte ich für berechtigt, weshalb ich in der Marburger Klinik eingeführt hatte, 1) daß die Spülungen nur in der Rückenlage vorgenommen werden durften; 2) daß nur Glasrohre benutzt werden durften, die oben geschlossen waren, während die ausführenden Öffnungen den Strahl gegen den Introitus vaginae hinleiteten; 3) daß durch Auseinanderhalten der kleinen Schamlippen, in der Art, wie dies auch beim Einführen des untersuchenden Fingers geschehen mußte, die Flüssigkeit nicht zurückgehalten werden konnte; und 4) daß der Irrigator nur langsam zu seiner höchsten Höhe gehoben werden durfte. Alles Maßnahmen, die eine Stauung und ein Aufwärtstreiben der Flüssigkeit gegen den unteren Gebärmutterabschnitt verhindern, das sofortige und stetige Abfließen begünstigen sollten.

Mit was auszuspülen sei, ob mit Sublimat, Seifenkresol, Alkohol, Milchsäure, Kochsalzlösung, sterilem Wasser usw., ist erst eine zweite Frage. Jedenfalls können nur die Versuche zur Entscheidung beitragen, wo einheitlich dieselbe Desinfektionsflüssigkeit benutzt worden ist.

Digitized by Google

Zur Prüfung des Erfolges dieser Versuche kann, ihrer großen Zahl halber, natürlich nur die Thermometrie im Wochenbette benutzt werden, und auch diese nur, wenn sie in exakter und ganz gleichmäßiger Weise ausgeführt wird.

Der bakteriologischen Kontrolle lege ich zur Entscheidung der schwebenden Frage zunächst keinen so großen Wert bei, da diese Untersuchungen doch nur an einer verhältnismäßig kleinen Zahl von Gebärenden gemacht werden können, und Schwierigkeiten bieten, die zu ganz differenten Resultaten bisher geführt haben.

Ich füge noch hinzu, daß wir in der Marburger Klinik bei 7000 aufeinanderfolgenden Geburten die obigen Versuche ausgeführt und deren Resultate veröffentlicht haben[3].

II.

Zur Theorie der inneren Sekretion des Eierstocks.

Von

Dr. Constantin J. Bucura,

Privatdozent für Geburtshilfe und Gynäkologie in Wien.

In die innere Sekretion des Eierstocks teilt sich nach den heutigen Anschauungen das Corpus luteum, ein Gebilde, dessen epitheliale Natur nunmehr ganz sichergestellt ist, mit der interstitiellen Drüse, dem Abkömmling (für den Menschen wenigstens) der Theca interna, also einem Gebilde, welches sicher bindegewebigen Ursprunges ist. So wesensverschieden die morphologische Genese des gelben Körpers und der interstitiellen Drüse ist, so gleichartig ist ihre Funktion, da sie sogar vikariierend für einander auftreten können.

Diese Theorie — nur vereinzelt findet man sie als Hypothese angeführt — ist heute fast allgemein akzeptiert, und je mehr man sich von der Fachliteratur entfernt, desto apodiktischer liest und hört man diese Auffassung der inneren Sekretion des Eierstocks: die innere Sekretion des Corpus luteum ermöglicht das Zustandekommen der Gravidität und bedingt die monatliche, periodische Evolution der Uterusschleimhaut, mit ihr die Menstruation; der inneren Sekretion der »interstitiellen Drüse« fallen alle übrigen Funktionen des ovariellen Hormons zu. Diese beiden Drüsen, das epitheliale Corpus luteum und die bindegewebige »interstitielle Drüse«, können auch ohne weiteres in der Funktion vikariierend für einander eintreten, denn die tatsächlichen Befunde entsprechen nicht ausnahmslos der Corpus luteum- bzw. »interstitiellen Drüsen«-Theorie; manchmal fehlt das Corpus luteum dort, wo man es nach der Theorie gewünscht hätte; aber es fanden sich da interstitielle Zellen, und folgerichtig mußten diese die Funktion des fehlenden gelben Körpers übernommen haben.

Und es zweifelt heute fast niemand mehr, daß sowohl das Corpus luteum als auch die »interstitielle Drüse« ganz und gar »Drüsen« mit innerer Sekretion sind, die Stätten der ovariellen Hormonbildung.

An der Bedeutung des Corpus luteum für die Nidation des Eies und für die Schwangerschaft überhaupt kann heute allerdings kaum mehr gezweifelt werden. Diese Theorie Born's verdankt den exakten, mühevollen und planmäßigen Experimenten L. Fränkel's ihre Ausgestaltung und ihre Beweisführung; denn Fränkel hat den Nachweis erbracht, daß die frühzeitige Entfernung des Corpus luteum die Schwangerschaft beim Kaninchen ohne Ausnahme stört. Eine wichtige Stütze

[3] Hat die präliminare Scheidenreinigung einen Einfluß auf die Wochenbettsmorbidität? Zeitschr. f. Geb. und Gyn. 1905. Bd. LIV. Hft. 1.

Digitized by Google

bekam die Theorie, nach welcher der gelbe Körper funktionell in innigster Beziehung mit der Ermöglichung der Schwangerschaft steht, durch die Experimente L. Löb's. Ihm gelang es, zu zeigen, daß es, wenn nur ein Corpus luteum in einem bestimmten Reifestadium vorhanden ist, lediglich mechanischer Reize bedarf, um aus der Uterusschleimhaut mütterliche Placenten zu erzeugen.

Ebenso sichergestellt ist der Einfluß des gelben Körpers auf die Brunst und Menstruation. Schon L. Fränkel hatte diesen Einfluß zu erweisen versucht und es gelang ihm schließlich auch, das zeitliche Zusammentreffen von Menstruation und einem gewissen Entwicklungszustand des Corpus luteum zu beweisen, Befunde, die in der Folge von R. Meyer u. a. bestätigt wurden. Den regulatorischen Einfluß des gelben Körpers auf die Brunst, also auch auf die Menstruation, welchen schon Prenant angenommen, hat aber erst L. Löb sicherzustellen vermocht; nach seinen Experimenten steht es nunmehr fest, daß die Corpus luteum-Bildung den Follikelsprung verzögert, hinausschiebt, das Intervall regelt.

Einer Verallgemeinerung der Corpus luteum-Theorie, der gelbe Körper sei die innersekretorische Drüse des Ovars einzig und allein, stellen sich aber Schwierigkeiten entgegen, weil vor der Pubertät Corpora lutea nur ausnahmsweise gefunden werden, somit die innere Sekretion des Ovars erst mit der Geschlechtsreife beginnen müßte. Heute geht aber die allgemeine Meinung dahin, daß die Hormonwirkung der Keimdrüse schon vor der Pubertät, ja schon ab ovo statthat, denn die Beeinflussung der Geschlechtsmerkmale durch das Keimdrüsenhormon wird mit Recht schon von allem Anfang der Entwicklung postuliert (vgl. darüber Br. Wolff, »Über fötale Hormone« in Oppenheimer's Handbuch der Biochemie, Erg.-Bd., Bucura, »Geschlechtsunterschiede beim Menschen«; Wien 1913, Biedl, »Innere Sekretion«. II. Auflage).

Doch eben dort, wo man die Hormonwirkung braucht, und wo das Corpus lut. fehlt, läßt sich so gut wie immer die »interstitielle Drüse« nachweisen. Sie findet sich gerade im Embryonalleben, wo jegliches Corpus luteum fehlt, mächtig entwickelt, während sie im extrauterinen Leben anfangs weniger stark auftritt, um erst zur Pubertätszeit wieder stärker in Erscheinung zu treten. Im späteren Leben nimmt die Menge der interstitiellen Zellen ab, um nur in der Schwangerschaft ganz erheblich zuzunehmen. Im Klimakterium nimmt die interstitielle Drüse rasch ab (Limon, Bouin, Regaud und Dubreuil, Seitz, Wallart, vor allem aber Bouin und Ancel).

Die Theorie der »interstitiellen Drüse« (Bouin) als hormonspendendes Organ stützen hauptsächlich Bouin und Ancel in ihren vorwiegend entwicklungsgeschichtlichen und morphologischen Studien. Sie helfen sich auch über die Schwierigkeit hinweg, welche das verschiedene Verhalten der interstitiellen Drüse bei verschiedenen Tieren bietet. Es gibt nämlich Säugetiere, bei welchen der Follikel erst während der Brunst, sub coitu platzt, demnach das Corpus luteum nicht die Ursache der Brunst sein kann, da es sich erst später entwickelt. Diese Autoren nehmen zwei Gruppen von Tieren an, und zwar solche mit spontaner Ovulation und periodischer Corpus luteum-Bildung, und solche, bei welchen der Follikelsprung in der Regel erst beim Begattungsakt erfolgt, die also nur gelegentlich ovulieren und keinen periodischen gelben Körper aufweisen. Bei diesen bildet sich nach künstlicher Öffnung des Follikels oder nach sterilem Koitus ein sich rasch rückbildendes Corpus luteum; dafür tritt aber danach eine mächtig entwickelte »interstitielle Drüse« auf. Es sind demnach Corpus luteum und interstitielle Drüse Gebilde, die vikariierend für einander eintreten können, somit bis zu einem gewissen Grade auch dieselbe Funktion besitzen müssen.

Digitized by Google

Experimentell wurde, wie es in der Natur der »interstitiellen Drüse« gelegen ist, kaum Wesentliches eruiert. Die diesbezüglichen Röntgenversuche weist Biedl für die weibliche Keimdrüse mit vollem Rechte zurück. Die Röntgenstrahlen wirken kaum elektiv, sie schädigen alle Eierstockbestandteile entweder so stark, daß der ganze Eierstock darunter leidet und atrophiert, oder so schwach, daß alle Ovarbestandteile wieder regenerationsfähig sind; außerdem ist die Schädigung des Uterus schwer als sekundär via Eierstock zu erweisen; sie kann auch primär, direkt durch die Röntgenbestrahlung zustande gekommen sein. Deshalb ist es richtiger, die Röntgenexperimente als nicht unzweideutig beiseite zu lassen.

Nur eine Serie von Transplantationen L. McIlroy's sind hier zu erwähnen, weil sie, bei oberflächlicher Betrachtung wenigstens, die Schlüsse der Experimentatoren, die Hormonbildung finde in der »interstitiellen Drüse« statt, berechtigt erscheinen lassen. In Resten von Ovarien, die auf kastrierte Häsinnen transplantiert worden waren, fand sich bei der Tötung des Tieres nur »interstitielle Drüse« vor, wobei der Uterus keine Kastrationsatrophie aufwies.

McIlroy's Experimente sind folgende. Aus Gruppe V der Experimente McIlroy's:

1) Erwachsene Häsin. Doppelseitige Kastration. Implantation von Eierstockrinde in die Uteruswand. Lebensdauer 40 Tage. Keine Uterusatrophie; beginnende Degeneration des Corpus luteum; interstitielle Zellen normal.

2) 6 Monate alte Häsin. Doppelseitige Kastration. Rindenstück des Eierstocks in die rechte Niere implantiert. Lebensdauer 60 Tage. Keine Uterusatrophie; degenerierte Follikel im Nierengewebe; interstitielle Zellen normal.

3) Erwachsene Häsin. Doppelseitige Kastration. Rindenstück des Eierstocks in die rechte Niere implantiert. Lebensdauer 70 Tage. Im Transplantat des Corpus luteum cystisch, interstitielle Zellen normal; Uterus erscheint nicht atrophisch.

4) Erwachsenes Meerschweinchen. Doppelseitige Kastration. Rindenstück in das Peritoneum parietale implantiert. Lebensdauer 120 Tage. Uterus nur in geringem Grade atrophisch. Im Transplantat interstitielle Zellen. Keine Follikel zu sehen.

5) Versuch nicht verwertbar; der Uterus atrophisch, das Transplantat resorbiert.

6) Erwachsene Häsin. Doppelseitige Kastration. Rindenstück in die Uterusmuskulatur implantiert. Lebensdauer 200 Tage. Uterusatrophie nicht beobachtet, aber die Drüsen spärlich; im Transplantat keine Follikel, interstitielle Zellen haben mehr den Typus von Stromazellen.

Aus dieser Versuchsreihe schließt McIlroy: die interstitiellen Zellen erhalten sich im Transplantat am längsten und stehen dem Ernährungszustand des Uterus vor, da Uterusatrophie dann zu beobachten ist, wenn die Zellen nicht vorhanden sidn, und der Uterus nicht atrophiert, wenn diese (interstitiellen Zellen), auch ohne Spur von Follikeln, zu sehen sind. McIlroy's uns interessierende Experimentbefunde und Schlußfolgerungen sind wörtlich wiedergegeben.

Nach unserer Ansicht ist vor allem das Experiment 2 auszuschalten; es heißt zwar, daß die Follikel degeneriert waren, aber ohne weitere Angabe über den Grad der Degeneration. Ebensowenig eindeutig scheint uns Fall 4, denn der Uterus war, anscheinend nur wenig, aber doch atrophisch. Auch Fall 1 und 6 sind unseres Erachtens nicht einwandfrei, denn die Implantation des Ovarstückes erfolgte in die Uteruswand, bzw. -muskulatur, weswegen der gute Ernährungszustand des

Digitized by Google

Uterus sehr leicht durch den Fremdkörperreiz vorgetäuscht sein kann, um so mehr, als nähere Angaben über den Uterus und sein histologisches Verhalten fehlen. Es verbleibt somit Fall 2. Doch vermißt man bei obigen Befunden, wie schon angedeutet, das mikroskopische Verhalten des Uterus; dann, was das Wesentlichste ist, die Angabe, daß das Transplantat in Serienschnitte zerlegt worden ist. Und dies ist ein Postulat welches — wie schon in meinen Transplantationsexperimenten hervorgehoben — bei allen derartigen Versuchen, wo das Vorhandensein oder Fehlen eines Gewebsanteiles zu erweisen ist, unbedingt erfüllt sein muß, wenn nicht die Beweiskraft der Versuche auf ein Minimum herabgesetzt werden soll. Denn der Einwand bleibt auch hier offen, daß in allen obigen Fällen intakte Follikel vielleicht doch übersehen worden sind.

Angenommen, daß McIlroy's Experimente tatsächlich das voll beweisen, was sie beweisen sollen, daß nämlich im Transplantat nur interstitielle Zellen vorhanden waren, und daß der Uterus wirklich keine Anzeichen von Kastrationsatrophie aufwies, so ist mit diesen Experimenten doch nirgends der Beweis erbracht, daß das Ovarialhormon in der »interstitiellen Drüse« gebildet wird.

Und daß die »interstitielle Drüse« bzw. das Corpus luteum die primäre oder gar einzige Bildungsstätte des Ovarialhormons sei, das beweist kein einziges der bisher vorliegenden Experimente.

Überhaupt ist das »vikariierende Eintreten« der interstitiellen Drüse für das Corpus luteum ein Gedanke, der oft benutzt wird, um manches zu erklären und manche Lücke auszufüllen; etwas Konkretes kann man sich eigentlich darunter kaum vorstellen. Wie sollen Bindegewebszellen — und das sind ja die Stromazellen — plötzlich die Eigenschaft bekommen, ein Hormon zu bilden, welches so konstant ist, daß es ab ovo bis zu den Wechseljahren seine Wirkung entfaltet? Und die »interstitielle Drüse« entsteht beim Menschen, wie schon hervorgehoben, durch Umwandlung der Stromazellen in Thekaluteinzellen, die sich später wieder in Stromagewebe umwandeln (Limon, Benthin, Cohn u. a.).

In meiner Arbeit »Über die innere Funktion des weiblichen Genitales« (Zeitschrift f. Heilkunde 1907) hatte ich auf Grund eines Befundes meiner Experimente den Schluß gezogen, daß die Follikel ganz allein, ohne Corpus luteum, ohne Stromazellen imstande sind, die Atrophie des Uterus aufzuhalten. Und das Experiment, welches diesen Schluß gestattete, ist, auch wenn es sich tatsächlich ergeben sollte — was bis jetzt einwandfrei nicht gezeigt wurde —, daß die »interstitielle Drüse« dasselbe vermag, nicht aus der Welt zu schaffen und muß in den Schlußfolgerungen berücksichtigt werden.

Der Versuch war folgender: Nach Entfernung beider Ovarien (sie wurden nicht exzidiert, sondern nur abgerissen, um das Ligament, wie es die Experimente erforderten, zu schonen) fand sich bei der Tötung des Tieres über 60 Tage nach der Operation am Stumpf ein Ovarialrest; der Uterus normal, ohne Spur einer Atrophie. Die Stümpfe wurden in lückenlose Serien zerlegt; an einem fand sich der erwähnte Ovarialrest, der einzig und allein aus wenigen Follikeln verschiedener Reifestadien bestand; nicht die geringste Spur eines Corpus luteum; keine interstitiellen Zellen; nur die reifenden Follikel; auch keine atrophierenden, in Degeneration begriffene Follikel.

Den Einwand L. Fränkel's zu diesem Befunde, daß aus den vorgefundenen Follikeln sich stets neue Corpora lutea bilden konnten und die Sektion vielleicht gerade in die Phase zwischen zwei Ovulationen fiel, kann ich in dieser Fassung nicht gelten lassen, sicher aber nicht, daß die Sektion gerade in die Phase zwischen zwei Ovulationen, d. h. zwischen zwei Corpus luteum-Bildungen fiel. Denn die

Digitized by Google

Lebensdauer des Tieres nach der Operation war eine viel längere, als bei Kaninchen das Brunstintervall ist; das Tier lebte über 60 Tage; seit 60 Tagen war also kein Corpus luteum, keine interstitielle Drüse im Tiere, so daß auch von einer Nachwirkung nicht die Rede sein kann; denn wäre es nach der Operation noch zu einer Corpus luteum-Bildung gekommen, so hätten sich wenigstens Reste derselben in irgend einer Form finden müssen. Übrigens ist beim Kaninchen die »Nachwirkung« nicht hoch anzuschlagen, denn in all meinen Kontrollversuchen, bei welchen die Tiere nach Kastration in der Zeit zwischen 30 und 45 Tage getötet wurden, fand sich immer eine ausgesprochene Kastrationsatrophie des Uterus.

An meiner damals ausgesprochenen Auffassung, es sei kein Beweis erbracht, daß das Ovarialhormon nicht im Follikel entstehe, muß ich also auch heute noch festhalten; ich glaube sogar, daß alles sehr für die Hormonbildungsstätte im Follikel spricht.

Wir haben eingangs erwähnt, daß eine Hormonwirkung der Keimdrüse mit Recht schon beim Embryo und Fötus angenommen werden muß, und zwar vom anfänglichen Beginn der Entwicklung; und da gibt es wohl nur Follikelepithel (Markstränge); erst in einem viel späteren Stadium, nachdem sich Follikel gebildet haben, kann beim Menschen — und uns interessieren ja hauptsächlich die Verhältnisse beim Menschen — erst die Rede von einer »interstitiellen Drüse« sein, die sich ja aus den Thekazellen entwickelt bzw. nichts anderes als Thekazellen ist.

Wenn auch die morphologische Möglichkeit, daß sich eine »interstitielle Drüse« bildet, vom Moment an, wo die Follikelatresie beginnt, gegeben ist, so findet man eine ausgesprochene »interstitielle Drüse«, wie fast durchwegs in der Literatur zugegeben wird und ich mich selbst bei Durchsicht nicht weniger Ovarien von Föten und Neugeborenen überzeugen konnte, äußerst selten. Hüten muß man sich allerdings, chromaffines Gewebe (v. Winiwarter) und ähnliche Gewebselemente, die speziell in Fötalovarien kein seltener Befund sind, für »interstitielle Drüse« zu halten. Und diese Inkonstanz der »interstitiellen Drüse« spricht nach unserer Auffassung auch gegen die Annahme derselben als Hormonbildungsstätte. Läßt man aber die »interstitielle Drüse« beim Menschen als hormonbildendes Organ nicht gelten, so bleibt für die Zeit von dem Entwicklungsbeginn des weiblichen Individuums bis zur Pubertät kein anderes Gebilde übrig, das diese Funktion haben könnte, als der Follikel selbst.

Dies ist meines Erachtens der gewichtigste Grund, der als Wahrscheinlichkeitsbeweis für den Follikel als hormonbildendes Organ angeführt werden kann.

Alle Gegenbeweise, die der Corpus luteum-Theorie entgegengestellt wurden, sollen hier nicht angeführt werden. Eine Anzahl hiervon hat L. Fränkel widerlegt und die oben angeführte Wirkung des Corpus luteum auf Schwangerschaft, Brunst und Menstruation steht heute zweifelsohne fest. Nur ist damit auch nicht gesagt, daß die Hormonbildungsstätte das Corpus luteum primär und ganz allein sein muß. Hauptsächlich gegen letztere Auffassung, daß nämlich das Hormon erst und nur im Corpus luteum gebildet wird, spricht der angeführte Grund, daß man bei dieser Theorie auf eine Ovarialhormonwirkung bis zur Pubertät, d. h. bis zur ersten Corpus luteum-Bildung verzichten müßte. Allerdings finden sich Corpora vereinzelt auch bei Kindern und Neugeborenen, das sind aber große Seltenheiten, die nicht als physiologisches Vorkommnis gelten können.

Es ist, wie schon erwähnt, also nur der Follikel bzw. seine Bestandteile, die vom Beginn des Individuums da sind, bis zu der Zeit, wo die Hormonwirkung erlischt. Deshalb ist es wohl auch naheliegend, den Follikel als Hormonbildungs-

Digitized by Google

stätte anzusehen. Wenn dem so ist, so erklärt sich das Infunktiontreten des Corpus luteum ungezwungen folgendermaßen: der Follikel beherbergt das reifende Ei und neben ihm die das Eierstockshormon bildenden Zellen; beim Follikelsprung entleert sich das Ei mit den ihm zukommenden Nebengebilden; im Follikel bleibt nur der innersekretorische Teil zurück, welcher hypertrophiert und jetzt in erhöhtem Maße Hormon produziert.

Nach dieser Auffassung würde die Corpus-luteum-Theorie zum großen Teil Recht behalten, obwohl der Follikel die eigentliche Drüse mit innerer Sekretion des Eierstocks wäre und das Corpus luteum nur den innersekretorischen Teil des Follikels darstellt, welcher Teil vor seinem Zugrundegehen allein geblieben, seine Funktion in potenziertem Maße ausüben würde. Somit wäre die Wirkung des Corpus luteum keine spezifische, sondern nur quantitativ verstärkte Follikelwirkung. Und dies stimmt mit den Beobachtungen und Feststellungen überein. Schon im Fötalleben ab ovo und in der Kindheit nehmen wir eine sukzessive Einwirkung der Keimdrüsenhormone auf den Gesamtorganismus an; hier wird das Hormon gleichmäßig vom Follikelepithel abgegeben. In der Pubertät schließen wir infolge der rascheren Ausreifung der Geschlechtscharaktere auf eine erhöhte Hormonwirkung; derselben erhöhten Hormonwirkung muß auch eine verstärkte Produktion entsprechen, die durch die Ausreifung des Eierstocks und durch die einen höheren Grad der Reife erreichenden Follikel zustande kommt. So lange der Follikel im kindlichen Eierstock nur als solcher das Homon liefert, ist die Produktion eine konstante, geringere, die nur die allmähliche Fortentwicklung der fötalen und kindlichen Geschlechtscharaktere begünstigt. Die stärkere Ausreifung der Follikel knapp vor der Pubertät bedingt mehr Hormonabgabe und mit ihr eine raschere Entwicklung des Genitales und einiger Geschlechtsmerkmale. Im Momente aber, wo der Follikel das Ei abstößt und seinen Inhalt bloß sein innersekretorischer Anteil bildet, der dann proliferiert, wächst, und so eine viel größere Menge Hormon produzieren kann, tritt die Hormonwirkung noch offensichtlicher in Erscheinung: rasches Ausreifen der Geschlechtscharaktere in der Pubertät, Menstruation, erhöhter Geschlechtstrieb. In der geschlechtsreifen Epoche findet nicht mehr eine gleichmäßige Hormonabgabe wie in der Kindheit statt, wo die Gleichmäßigkeit durch die nur bis zu einem gewissen Grade erreichte Follikelreife, die so gut wie nie bis zur Vollreife gedeiht, gewährleistet ist.

Das wesentliche in der Pubertät und im geschlechtsreifen Alter ist eben die stärkere Hormonproduktion, nicht das Corpus luteum, denn dieselben Erscheinungen werden auch ohne Corpus luteum, bloß durch die stärkere Hormonwirkung des weiter ausreifenden Follikels bedingt. Das Corpus luteum ist nicht unumgänglich notwendig, wie die Verhältnisse bei denjenigen Tieren beweisen, wo der Follikelsprung erst sub coitu, also während der Brunst erfolgt, wo also das Corpus luteum nicht das auslösende Moment der Brunst sein kann; und auch beim Menschen haben wir für das Einsetzen der Menstruation manchmal gleiche Verhältnisse. Die Regel ist, wie oben erwähnt, allerdings, daß der Menstruation die Corpus luteum-Bildung vorangeht — doch es gibt auch Ausnahmen. Jedem Operateur, der darauf geachtet hat, werden einige Fälle unterlaufen sein, wie sie auch in der Literatur niedergelegt sind, bei welchen knapp vor oder während der Menses bei der Inspektion der Ovarien sich kein Corpus luteum vorfand — eben weil das wesentliche der Menstruationsauslösung die verstärkte Hormonwirkung ist, die auch anderswie, beispielsweise durch Summation des Produktes mehrerer mittelreifer Follikel zustande kommen kann, auch ohne daß eventuell ein Follikel die Vollreife erlangt, platzt und ein Corpus luteum bildet.

Digitized by Google

Warum dann in der Kindheit, wo ebenfalls eine solche Summation eintreten kann, eine Menstruation außer in pathologischen Fällen nicht eintritt, wird wohl seine Ursachen nicht allein im Ovar haben. Es wird der Gesamtorganismus auch auf das Ovar einwirken, insofern als die Entwicklung des Eierstocks mit der Fortentwicklung des Gesamtorganismus gleichen Schritt halten muß. Nicht das Ovar ist es, welches die ganze Pubertät auslöst. Vielmehr ist die Ausreifung des Eierstocks auch nur ein Symptom der Pubertät, wie ich hervorzuheben schon wiederholt Gelegenheit hatte. Durch die Ausreifung der Keimdrüse werden dann wieder nur einige Pubertätssymptome gefördert, nicht alle, denn sonst müßte man die Pubertät durch Implantation geschlechtsreifer Ovarien ohne weiteres beliebig verfrühen können, was wohl ebensowenig möglich sein wird, wie ein Weib im Klimakterium durch Einpflanzen eines jugendlichen Eierstocks wieder jung zu machen.

Die Erklärung des Infunktiontreten des Corpus luteum durch die Theorie der Hormonenbildung im Follikel bietet also keine wesentlichen Schwierigkeiten, da das Corpus luteum tatsächlich nichts anderes ist als der Follikel, der sich des Eies entledigt hat, also nichts anderes als der innersekretorische Anteil des Follikels. Meines Wissens ist dies bis heute niemals klar ausgesprochen worden; noch viel weniger ist daraus die weitere Konsequenz gezogen worden, daß nämlich, wie der endokrine Teil des Follikels, wenn er des Eies entledigt ist, als Corpus luteum, Hormon bildet, er dies ebenfalls und ebenso tun wird, solange er noch in Verbindung mit dem Ei selbst steht, also auch als intakter Follikel.

Wollte man sich auf die Verhältnisse beim Menschen beschränken, so glaube ich, wäre die ganze Theorie der inneren Sekretion des Eierstocks damit erledigt. Wir brauchen als Hormonbildungsstätte in der weiblichen menschlichen Keimdrüse nichts anderes als den Follikel. Es müssen aber auch die bekannten Verhältnisse beim Tier, schon der Experimente wegen, berücksichtigt werden, weswegen auch die »interstitielle Drüse«, welche beim Menschen, wenn überhaupt, sicherlich nur von untergeordneter Bedeutung ist, da sie nicht konstant vorkommt, in Erwägung gezogen werden muß.

Mir will es, nach den mikroskopischen Bildern, noch sehr fraglich erscheinen, ob man wirklich alles, was heute beim Tier als »interstitielle Drüse« subsummiert wird, als solche aufzufassen berechtigt ist. Die »interstitielle Drüse« beim Kaninchen z. B., wo sie nicht selten fast das ganze Ovar einnimmt, hat mir öfters den Eindruck eines Granulosazellenderivats gemacht. Und darauf kommt es ja an. Einem Granulosazellenderivat ist nach obigem ohne weiteres eine innere Sekretion zuzusprechen; der »interstitiellen Drüse« als Abkömmling der Stromazellen meiner Auffassung nach aber kaum.

Die wirkliche »interstitielle Drüse«, die Zellen, die sich aus Stromazellen bilden und wieder zu Stromazellen werden, die also zum Unterschiede der Granulosaluteinzellen bindegewebiger Natur sind, möchte ich als Zellen ansprechen, die durch Hormonaufnahme, durch Hormonspeicherung nur morphologisch verändert sind und physiologisch nur ein passives Hormondepot darstellen.

Derart ließen sich die oben angeführten Resultate von McIlroy's Experimenten leicht erklären, durch welche bewiesen werden sollte, daß die »interstitielle Drüse« es ist, die der trophischen Intaktheit des Uterus vorsteht. Angenommen, daß McIlroy's Befunde einwandfrei sind, so beweisen sie höchstens, daß ebenso wie der Follikelapparat sicher genügt, ohne Corpus luteum, ohne interstitielle

Digitized by Google

Drüse, die Kastrationsatrophie des Uterus aufzuhalten (Bucura), ebenso — wenigstens für die kurze Zeit, während welcher nach Untergang der Follikel nur die interstitielle Drüse bestanden hat — auch die interstitiellen Zellen die Gebärmutter vor der Kastrationsatrophie bewahren können. Nach unserer Auffassung aber nicht deshalb, weil in der »interstitiellen Drüse« das Keimdrüsenhormon gebildet wird, sondern nur, weil in derselben genügend Hormon aufgespeichert war, um eine Zeitlang die Hormonbildung zu ersetzen. —

Das Eierstockshormon wird von den Follikelzellen gebildet, wohl schon von den Urgeschlechtszellen, deren Abkömmlinge die Follikelzellen direkt oder indirekt (Markstränge) sind. Die Hormone entstehen kontinuierlich ab ovo und gehen kontinuierlich in die Körpersäfte über. Sie beeinflussen ab ovo die Entwicklung einiger Geschlechtsmerkmale direkt, anderer indirekt.

Infolge der Eierstocksausreifung, einer Folgeerscheinung der Ausreifung des Gesamtorganismus, kommt es in der Pubertät zu intensiverer Hormonbildung, hauptsächlich dadurch, daß einzelne Follikel einen höheren Reifegrad bis zur vollkommenen Befruchtungsfähigkeit des Eies erreichen. Durch die stärkere Ausreifung einzelner Follikel wird mehr Hormon gebildet und abgegeben; eine erhöhte Hormonabgabe an den Organismus hat aber eine hemmende Wirkung auf die Fortentwicklung des übrigen Follikelapparates (vgl. die deletäre Wirkung von Einverleibung großer Mengen Ovarin auf den Follikelapparat, Bucura, »Beiträge zur inneren Sekretion des weiblichen Genitales«); dadurch kommt eine gewisse Regulierung des Follikelwachstums zustande, die auch — beim Menschen — für gewöhnlich die gleichzeitige Ausreifung mehrerer Follikel hindert.

Dieselbe Wirkung, wie die einfache Hormonbildungsvermehrung, hat das Corpus luteum. Der gelbe Körper ist der hypertrophische, weiter- und stärkersezernierende, innersekretorische Anteil des Follikels. Alle dem Corpus luteum zugeschriebenen Wirkungen sind nichts anderes als einfache Steigerung der Ovarialfollikelhormonwirkung und lassen sich als solche erklären. Alles, was das Corpus luteum vermag, bringt auch der Follikel zuwege, da ja der gelbe Körper nichts anderes als bloß ein Teil des Follikels ist. Allerdings ein Teil, der seiner Aufgabe als innersekretorischer Anteil des Follikels in dem Momente, wo er durch keine andere Funktion gestört ist, in erhöhtem Maße nachkommen wird.

Die anerkannten Wirkungen des Corpus luteum sind die Auslösung der Menstruation, das Erzeugen der zur Eieinnistung nötigen Veränderungen an der Uterusschleimhaut und eine gewisse Kontrolle über den jung schwangeren Uterus (wenigstens für das Kaninchen sichergestellt). Und all dies vermag das Eierstockshormon auch ohne Corpus luteum; denn die Brunst, die heute wohl als identisch aufgefaßt werden muß mit der Menstruation, kommt bei manchen Tieren ohne Corpus luteum zustande, nicht aber ohne Follikel, und da jede Brunst eine Vorbereitung der Uterusschleimhaut zur Eieinnistung bedeutet, so können also auch die nötigen, vorbereitenden Uterusschleimhautveränderungen zur Schwangerschaft ohne Corpus luteum zustandekommen; die trophische Intaktheit des Uterus garantiert ebenfalls auch der Follikel ohne Corpus luteum (Bucura), und die Ernährungszunahme des schwangeren Uterus ist ja nur ein quantitativer Unterschied von der menstruellen Größenzunahme.

In den Pubertätsjahren dann viel schwächer während jeder Menstruation und im verstärkten Maße in der Gravidität finden wir Symptome von Hyperfunktion des Eierstocks. Als solche müssen gedeutet werden in der Pubertät die Entwicklung der Brüste, das rasche Wachstum des Genitales, das Inerscheinungtreten

Digitized by Google

mehrerer Geschlechtscharaktere, das Eintreten der zyklischen Veränderungen der Uterusschleimhaut u. a. m. Ganz dieselben Erscheinungen lassen sich, zwar in stark reduziertem Maße, aber doch auch bei jeder Menstruation beobachten und wieder in potenzierter Stärke in jeder Schwangerschaft, wo, hauptsächlich bei in der Entwicklung zurückgebliebenen Individuen, gar häufig eine außerordentlich rasche Prononzierung minder gut ausgeprägter Geschlechtsmerkmale erfolgt und anscheinend gesetzmäßig eine »akzidentelle Involution« der Thymusdrüse ähnlich der Altersinvolution in der Pubertät, stattfindet. Ob gewisse Erscheinungen eine direkte Wirkung des Keimdrüsenhormons sind oder ob diese Wirkung via anderer Drüsen mit innerer Sekretion geht, oder als »pluriglandulär« zu gelten hat, ist für obige Erwägungen gleichgültig. Und auch diese Hyperfunktion des Ovars läßt sich nach obiger Auffassung der Keimdrüsenhormonbildung ungezwungen erklären. In der Schwangerschaft, ebenso in der Pubertät, wie bei jeder Menstruation sind ähnliche innersekretorische Verhältnisse zu beobachten. Am klarsten liegen die Verhältnisse in der Gravidität. Die Ovarialhormonbildung ist durch den stark proliferierten, hypertrophischen, innersekretorischen Anteil des Follikels, welcher das Schwangerschaftsprodukt geliefert hat, durch das Corpus luteum graviditatis, erhöht; wir werden demnach auch die Wirkung der stärkeren Hormonbildung nicht vermissen; alles was wir als Hormonwirkung kennen, wird, wie schon erwähnt, stärker in Erscheinung treten.

Eines naheliegenden Einwandes möchte ich hier Erwähnung tun. Entfernt man die Eierstöcke, auch bei junger Gravidität, so bleibt die Schwangerschaft in den meisten Fällen ungestört weiterbestehen und mit ihr auch die erwähnten Erscheinungen von Hyperfunktion des Ovars, trotzdem der Eierstock nicht mehr da ist. Der allgemeinen Tendenz entsprechend, wird es nicht schwer fallen, hier das Eintreten anderer endokriner Organe für den Eierstock plausibel erscheinen zu lassen, vielleicht sogar der Placenta, des Chorioepithels. Doch ist dies nicht notwendig und im Sinne einer wirklichen »inneren Sekretion« gar nicht tunlich. Es hat meines Erachtens nicht viel Bestechendes an sich, anzunehmen, daß so vorübergehende Organe, wie Placenta und Chorion, für den mütterlichen Organismus eine wirkliche Hormonbildung übernehmen sollen. Damit soll eine Einflußnahme des sich entwickelnden Eies auf den Stoffwechsel der Mutter durchaus nicht geleugnet werden; im Gegenteil, ich messe dieser Einflußnahme große Wichtigkeit zu, und es ist gar nicht von der Hand zu weisen, daß die väterlichen Komponenten des Eies auf die Mutter möglicherweise auch von bleibendem Einfluß, vielleicht für die ganze übrige Nachkommenschaft (»Infektion«, »Saturation« der Tierzüchter) sind. Doch darf dies mit Hormonbildung nicht identifiziert werden. Eine Hormonbildung von seiten der Placenta oder anderer Eiteile in dem Sinne, wie wir dieselbe von den endokrinen Drüsen her kennen, will mir nur ein Notbehelf für Ausfüllen von Lücken in der Hypothese scheinen. Mir ist es viel plausibler, daß trotz Entfernung der Eierstöcke in der Schwangerschaft eine direkte Ovarialhormonwirkung weiter besteht; und zwar dadurch, daß sich im Ei oder Uterus das Eierstockhormon aufspeichert. Und vielleicht ist auch die »glande myome metriale endocrine« Bouin und Ancel's nichts anderes als ein solches Ovarialhormondepot. Denn die Deponierung des Ovarialhormons in Uterus und Schwangerschaftsprodukten dürfen wir uns nicht lose und vorübergehend vorstellen, vielmehr in Zellen und Gewebselementen dauernd aufgespeichert, so wie wir es für die »interstitielle Drüse« angenommen haben.

Nach dieser Annahme wäre die Kontinuität der Wirkung des Ovarialhormons

Digitized by Google

gewahrt, ob die Ovarien in der Schwangerschaft vorhanden sind oder nicht; und man wäre nicht gezwungen, auf durch nichts erwiesenes, vikariierendes Eintreten anderer Organteile zu appellieren. Damit erklärt sich von selber auch die Entwicklung der Brust in der Schwangerschaft als nur quantitativ verstärkte Ovarialhormonwirkung, was den analogen, allerdings geringfügigeren, weil durch kürzere und schwächere Einwirkungen hervorgerufenen Veränderungen in der Pubertät und bei jeder Menstruation entsprechen würde. Für die Erklärung der Milchsekretion post partum (und post abortum) bedürfen wir ja nach Biedl nur der Erklärung der Mammahyperplasie während des Bestandes der Schwangerschaft, und diese Erklärung gibt uns die in der Schwangerschaft potenzierte und protrahierte Wirkung des Ovarialhormons. Das Ingangkommen der Sekretion nach Wegfall des Schwangerschaftsproduktes erklärt sich aus dem Aufhören der Wirkung des das Wachstum der Brustdrüse bedingenden Hormons. »Mit dem Wegfall des assimilatorischen Hormons wird der dissimilatorische Zerfall, d. h. die Sekretion, uneingeschränkt in Erscheinung treten können.« (Biedl.)

Doch die vollständige Ausführung obiger, noch hypothetischer Theorie bis ins kleinste Detail und in allen Nebenfragen und Konsequenzen soll hier nicht durchgeführt werden; schon deshalb nicht, weil wir uns dann vom eigentlichen Grundgedanken zu weit entfernen. Es ist ja nur beabsichtigt, unsere Anschauung darzutun, daß weder die komplizierte, kombinierte Corpus luteum- und »interstitielle Drüsen«-Theorie notwendig ist, um die Hormonwirkung des Eierstocks zu erklären, noch daß es heute angeht, den Follikelapparat als hormonbildendes Organ auszuschalten, daß es vielmehr ungezwungener erscheint, dem Follikel die hauptsächlichste Hormonbildung zuzuschreiben, das Corpus luteum nur als vom Ei befreiten, innersekretorischen Anteil des Follikels anzusprechen und in den interstitiellen Drüsen (und auch in der »inneren Sekretion» der Schwangerschaftsprodukte) nur eine Ovarialhormonspeicherung, ein Depot zu sehen.

In Analogie mit unserer Auffassung der Verhältnisse im Eierstock wäre die Möglichkeit ins Auge zu fassen, daß auch im Hoden der »generative« Anteil gleichzeitig die eigentliche Hormonbildungsstätte sei und der Leydig'sche Zellenkomplex, die »interstitielle Drüse« des Hodens nur als hormonspeicherndes Organ fungiert. Als tatsächliche Hormonbildungsstätte wären dann die Sertoli'schen Zellen anzusprechen. Denn überall dort, wo im Experiment oder in den Beobachtungen beim Menschen die Leydig'schen Zellen bei Fehlen oder Schädigung des generativen Anteils erhalten sind, finden sich, falls mir nichts Wesentliches entgeht, in den der Spermatogenese entledigten Hodenkanälchen immer noch Sertolische Zellen oder wenigstens wandständige Zellen, die nicht selten sogar stark hypertrophisch sind. Und vielleicht ist gerade die elektive Zerstörung der Spermatogenese bei Erhaltenbleiben der Sertoli'schen Zellen ein Fingerzeig dafür, daß letztere nicht absolut nur zur Spermatogenese gehören, sondern auch eine andere Funkton, die Hormonbildung, haben. Bei der Röntgenbestrahlung der Testikel wird die Spermatogenese geschädigt, die Leydig'schen Zellen bleiben erhalten, ebenso die Sertoli'schen Zellen, die oft vermehrt gefunden werden. Nach Unterbindung der Vas deferens schwindet ebenfalls die Spermatogenese; die Leydigschen und Sertoli'schen Zellen bleiben erhalten. Bei den Transplantationsversuchen Steinach's, die in letzter Zeit auch als Beweis für die innere Sekretion der interstitiellen Zellen angeführt werden, scheint die Spermatogenese ebenfalls zumeist verloren zu gehen; es persistieren aber, soweit mir bekannt, auch hier die Sertoli'schen Zellen. Und auch beim Kryptorchismus findet sich in den Fällen.

Digitized by Google

wo die Geschlechtscharaktere sowie die Potentia coeundi erhalten sind (also beim Kryptorchismus ohne Kastratenmerkmale) keine Spermatogenese, ich glaube durchwegs neben den Leydig'schen Zellen erhaltenes Hodenkanälchenepithel, Sertoli'sche Zellen (Bouin und Ancel, Kyrle, Tandler und Gross). Bouin und Ancel machten allerdings den Versuch, auch die Funktion der Sertoli'schen Zellen auszuschließen (Beobachtung kryptorcher Schweine ohne Kastratentypus und angeblich fehlender Sertoli'schen Zellen, Experimente von Unterbindung des Vas deferens). Doch scheinen ihre diesbezüglichen Befunde den Verhältnissen, die andere Autoren speziell bei Kryptorchismus ohne Kastratentypus erhoben haben, zu widersprechen. Man könnte sich also auch beim Hoden den Sachverhalt in Analogie mit dem Ovar so vorstellen, daß die Sertoli'schen Zellen das Hormon erzeugen, und daß das Hormon in den Leydig'schen Zellen nur aufgespeichert wird, wie wir es bei »interstitieller Drüse« des Ovars angenommen haben. Im Einklang damit lassen sich ganz gut die Beobachtungen des »Saisondimorphismus«, der Maulwurfhoden und ähnliche Erscheinungen in den Brunstzeiten mancher Tiere bringen.

Nach unserer Auffassung, daß nämlich das Ovarialhormon nur im Follikel, und zwar schon in den Urgeschlechtszellen, jedenfalls aber schon im heranreifenden Follikel ebenso wie in seinem späteren Stadium, dem Corpus luteum, welches nichts anderes als der zurückgebliebene, vom Ovulum frei gewordene, innersekretorische Anteil des Follikels ist, gebildet wird, und daß die »interstitielle Drüse« nur eine passive Aufspeicherungsstätte des Keimdrüsenhormons darstellt, entfällt die Notwendigkeit, dem innersekretorischen Anteile des Ovars eine Ausnahmestellung einzuräumen; denn es ist dann ebenso wie alle anderen sichergestellten endokrinen Drüsen auch der innersekretorische Anteil der Keimdrüse ein epitheliales Gebilde.

Nach obigem müßte man im Momente, wo man das wirkliche Ovarialhormon rein darstellen und mit ihm experimentieren könnte, nur durch quantitative Verschiedenheit der Verabfolgung halbwegs alle Wirkungen, die wir der inneren Sekretion des Ovars, der des Follikelepithels zuschreiben, erzielen können, also Brunsterscheinungen, Mammahypertrophie, Zunahme des Uterusvolumens usw.

III.

Aus der geburtshilflichen Abteilung des allgemeinen Krankenhauses in Malmö, Schweden. Dr. O. Gröné.

Epidurales Hämatom im Rückenmarkskanal bei Neugeborenen[1].

Von

Dr. O. Gröné.

Während man den intrakraniellen Blutungen bei Neugeborenen schon seit langer Zeit große Aufmerksamkeit geschenkt hat, findet man in der Literatur über Blutungen im Rückenmarkskanal nur äußerst sparsame Angaben. Die gewöhnlichen Lehr- und Handbücher erwähnen dieselben entweder gar nicht oder nur sehr flüchtig.

[1] Vortrag gehalten auf dem 10. Kongreß des nordischen chirurgischen Vereins in Kopenhagen, 31. Juli bis 2. August 1913.

Digitized by Google

Auch Küstner[2] und Birnbaum[3] widmen ihnen nur wenig Aufmerksamkeit in ihren monographischen Schilderungen von Entbindungsverletzungen bei Neugeborenen; sie heben hervor, daß dieselben wohl vorkommen können, meistenteils aber nur nach schweren Entbindungen mit nachfolgendem Kopf und Schäden in der Wirbelsäule beobachtet worden sind.

Außer Beschreibungen beobachteter Einzelfälle von Blutungen nach Frakturen der Wirbel, welche in der Literatur vermerkt worden sind, hat Stoltzenberg[4] Zerreißungen der intervertebralen Gelenkkapseln der Halswirbelsäule als einen typischen Entbindungsschaden hervorgehoben. In allen seinen neun Fällen, von denen acht mit nachfolgendem Kopfe entbunden wurden, hat er Hämatome am stärksten in der Halsgegend gefunden. In allen Fällen waren es schwere Entbindungen, bei denen sämtliche Kinder so schwer asphyktisch waren, daß sie nicht wiederbelebt werden konnten.

Schließlich habe ich bei meinen Literaturstudien am Anfang dieses Jahres einen Bericht von zwei Franzosen[5] gefunden von Blutungen im Zerebrospinalsystem bei Neugeborenen nach leichten, spontanen Entbindungen, und zwar bei kleinen Kindern, welche 2—3 Tage gelebt haben. Unter den Fällen bei denen sie beobachtet worden sind, befand sich jedoch keiner mit Blutung nur im Rückenmarkskanal, sondern alle diese Fälle hatten auch intrakranielle Blutungen. Die Autoren heben jedoch hervor, daß Blutungen, besonders bei kleinen, zu früh geborenen Kindern vorkommen können, ohne Dislokation der Wirbel oder Verletzungen im Rückgrat. Ich will die Aufmerksamkeit auf solche Blutungen im Rückenmarkskanal ohne nachweisliche Verletzungen in den Wirbeln oder deren Verbindungen lenken. Sie scheinen mir viel häufiger vorzukommen und eine weit größere Bedeutung zu haben, als die Literatur angibt.

Seit dem März dieses Jahres haben wir in der Entbindungsanstalt in Malmö Gelegenheit gehabt, drei derartige Fälle zu beobachten. Außerdem kann ich auch über einen solchen Fall von Lund aus der letzten Zeit berichten.

Fall 1. Aus der Entbindungsanstalt in Lund, Juli 1913. Ipara. Langdauernde, schwere Entbindung in Gesichtslage, nach $3^1/_2$tägiger Entbindungsarbeit spontane Geburt 17. Juli 1913. Kindliche Herztöne während der ganzen Zeit gut. Das Kind, welches 3320 g wog und 51 cm lang war, lebte bei der Geburt, bewegte die Glieder, schrie aber nicht und war ziemlich bleich. Bald darauf wurde es schlapp und konnte nicht wiederbelebt werden.

Sektion (Dozent Sjövall): Von Kopf, Brust und Bauch nichts Besonderes zu vermerken. Lungen vollständig luftleer. Kein Zeichen von Syphilis. Im Rückenmarkskanal ein epidurales Hämatom ohne nachweisliche Schäden in den Wirbeln oder Ligamenten.

Wir haben hier also einen Fall, der den von Stoltzenberg erwähnten Fällen nahesteht. Somit eine schwere, lang andauernde Entbindung mit ungünstiger Einstellung des Kopfes und ein asphyktisches Kind, welches nicht wiederbelebt werden konnte. Das einzige Objektive bei der Sektion ist ein extradurales Hämatom im Rückenmarkskanal. Der bemerkenswerte Unterschied von Stoltzenberg's Fällen ist der, daß wir ebensowenig hier, wie in den folgenden drei Fällen einen Schaden in den Ligamenten oder den Wirbeln konstatieren konnten.

---

[2] Küstner, Verletzungen der Frucht bei der Geburt. Leipzig, Vogel, 1909.

[3] Birnbaum, Über die Verletzungen des Kindes bei der Geburt. Volkmann's klin. Vorträge N. F. Gynäkol. 1906. Nr. 158.

[4] Berliner klin. Wochenschrift 1911. Nr. 39.

[5] J. Leclerq und A. Paput, La gynécologie 1913. April.

Digitized by Google

Fall 2 (Nr. 441/1913 in der Entbindungsanstalt in Malmö): IIpara. Leichte, spontane Entbindung in Hinterhauptslage 15. Mai 1913. Die Schultern machten keine Schwierigkeiten. Kindliche Herztöne langsam während der letzten Zeit der Entbindung.

Das Kind wog 3650 g und war 50 cm lang, etwas asphyktisch und schrie erst, nachdem es eine kurze Weile geschwenkt worden war. Hatte während der nächsten Tage eine auffallend langsame Herztätigkeit und Ödem an Händen und Füßen. Wurde periodenweise ganz cyanotisch, nahm nicht die Brust, schluckte aber, wenn man etwas in den Mund goß. Das Kind siechte langsam dahin und starb am 7. Tage. In den letzten Tagen bemerkte man zuweilen Zuckungen im Gesicht.

Sektion (Dozent Sjövall): Geringere Zerreißung im Tentorium cerebelli mit mäßiger Blutinfiltration in den weichen Häuten, sowie epidurales Hämatom im Rückenmarkskanal. Das erste Kind in dieser Familie ist gesund und kräftig. Kein Abort vorher. Wassermann's Blutprobe von der Mutter ist negativ.

Hier haben wir also einen Fall, der fast ganz mit den von den obengenannten Franzosen veröffentlichten Fällen übereinstimmt. Eine leichte, spontane Entbindung in Hinterhauptslage, ausgetragenes Kind, das 7 Tage lang lebt. Bei der Sektion teils eine geringere intrakranielle Blutung nach Tentoriumberstung, teils eine bedeutende Blutung epidural im Rückenmarkskanal.

Die beiden folgenden Fälle scheinen mir von fast noch größerem Interesse.

Fall 3 (Nr. 219/1913 in der Entbindungsanstalt in Malmö): Ipara. Zwillingsgeburt, leichte spontane Entbindung 15. März 1913. Der erste Zwilling in Hinterhauptslage, der zweite in Fußlage. Der letztere wog 2300 g und war 51 cm lang. Er wurde leicht geboren, mit nur unbedeutender manueller Hilfe. Weder Kopf noch Arme verursachten Schwierigkeiten beim Lösen. Er war nicht asphyktisch. Am ersten Tage wurde nichts Abnormes bei ihm bemerkt. Am Nachmittage des nächsten Tages sah er schlecht aus, hatte Zuckungen im Gesicht und in den Armen. Er starb am dritten Tage.

Sektion (Dozent Sjövall): Von Kopf, Brust und Bauch nichts zu vermerken. Im Rückenmarkskanal epidurales Hämatom.

Der erste Zwilling gesund, entwickelt sich normal. Wassermann's Blutprobe, von der Mutter genommen, ist negativ.

Fall 4 (Nr. 512/1913 in der Entbindungsanstalt in Malmö) gilt einer Ipara. Zwillinge, beide in Schädellage 9. Juni 1913 geboren, der erste in Vorderhauptslage, der andere in Hinterhauptslage. Es handelt sich hier um den ersten. Er wog 2550 g und war 48 cm lang. Sehr leichte Entbindung. Er war im Anfang gesund, nahm sogar die Brust. Am Nachmittage des folgenden Tages war er etwas cyanotisch. Der Zustand verschlimmerte sich schnell, er starb am dritten Tage. Zukkungen wurden nicht bemerkt.

Sektion (Prof. Bendz): Da nichts Besonderes an Kopf, Brust und Bauch bemerkt wurde, blieb man bei der Diagnose: Debilitas congenita. Nachher wurde in einer anderen Sitzung der Rückenmarkskanal aufgeschnitten und dort ein Hämatom außerhalb der harten Haut, genau so wie bei den vorhergehenden Fällen, konstatiert.

Der andere, lebende Zwilling gesund, bekommt die Brust und gedeiht ausgezeichnet. Wassermann's Blutprobe, von der Mutter genommen, ist negativ.

Außer diesen beiden späteren Fällen (3 und 4) habe ich keine ähnlichen in der mir zur Verfügung stehenden Literatur gefunden. Die epidurale Blutung im

Digitized by Google

Rückenmarkskanal ist das einzige Objektive bei den Sektionen gewesen.

Beide Fälle sind einander ziemlich gleich. Es handelt sich also in beiden Fällen um

1) Zwillinge mit relativ kleinen, schwachen Kindern von 2300 bis 2550 g. Im einen Falle um den zweiten, im anderen Falle um den ersten Zwilling;

2) leichte, spontane Entbindungen, die eine mit nachfolgendem Kopfe, die andere mit vorausgehendem; weiter

3) in keinem der Fälle Zeichen von Trauma und schließlich

4) in keinem der Fälle Zeichen von Syphilis (Wassermann's Reaktion bei den Müttern negativ).

Ich wage jetzt keine bestimmte Meinung darüber zu äußern, wie diese Blutungen entstanden sind. Eine für diese Fälle spezifische Ursache hat jedoch nicht bewiesen werden können. Es ist wohl möglich, daß der geringe mechanische Insult im Halse, welcher notwendig mit jeder Entbindung folgen muß, gleich ob der Kopf vorangeht oder nachfolgt, hat hinreichend sein können bei diesen schwachen Kindern mit ihren zarten Gefäßen, eine Gefäßruptur zu verursachen. Ist dieses die Ursache, so sind, wie mir scheint, derartige Blutungen sehr häufig anzutreffen, besonders bei zu früh geborenen Kindern. Es ist wohl möglich, daß sie auch in einer Anzahl Fälle vorkommen, welche jetzt als Debilitas congenita bekannt sind; unser Fall Nr. 4 deutet besonders darauf hin. Unter allen Umständen darf, meiner Meinung nach, die Diagnose Debilitas congenita bei der Sektion nicht eher festgestellt werden, als bis zuerst der Rückenmarkskanal untersucht worden ist. Die Technik, das Rückenmark bei Neugeborenen freizulegen, ist sehr einfach und darf sich nicht hindernd in den Weg stellen.

Dieses Hämatom im Rückenmarkskanal hat sich in allen unseren vier Fällen in der gleichen Weise gezeigt.

Die Weichteile im Rücken zeigen nirgends Blutungen, nicht einmal dicht an den Wirbeln. Ein Schaden an der Wirbelsäule kann nicht bemerkt werden, auch keine Zerreißungen der Ligamente. Beim Aufschneiden der Wirbelbögen wird jedoch außerhalb der überall unbeschädigten harten Rückenmarkshaut eine ziemlich bedeutende Ansammlung von dunklem, koaguliertem Blut gefunden, das eine zusammenhängende, bis mehrere Millimeter dicke Masse bildet. Das Blutgerinnsel fängt ungefähr 1 cm unten von der Fixierung der harten Haut beim Foramen magnum an und setzt sich abwärts nach den unteren Teilen der Dorsalwirbelsäule fort. Oben in der Halsgegend und den oberen Dorsalpartien ist es voluminöser und ist besonders nach den Seitenteilen hin um die Nervenwurzeln lokalisiert. Eine Verletzung an der harten Haut oder an den größeren Gefäßen kann nicht festgestellt werden. Unter der harten Haut befindet sich keine Blutung, und die Rückenmarkssubstanz ist makroskopisch normal.

Es ist nicht möglich, mit diesen wenigen Fällen die Bedeutung dieser Beobachtungen vollkommen klar festzustellen, ich will mich auch nicht in theoretische Betrachtungen hierüber einlassen. Ich habe hier nur auf das Vorkommen dieser Blutungen in Fällen, wo man a priori keine Veranlassung hat, dieselben zu erwarten, hinweisen wollen.

Vielleicht kommen dieselben, wie schon oben erwähnt ist, in vielen Fällen vor, die jetzt unter der Diagnose Debilitas congenita gehen, vielleicht kommen sie auch in Fällen mit anderer nachweislicher Todesursache, als zufällige Funde, ohne größere pathologische Bedeutung vor.

Die Erklärung dieser Verhältnisse, ebenso die Bestimmung der Frequenz

Digitized by Google

dieser Blutungen überhaupt muß für spätere Untersuchungen aufgespart bleiben, die dieselben sicher verdient haben und zu denen ich — wie ich hoffe — mit meinen Mitteilungen Veranlassung gegeben habe.

IV.

Zur Reposition der vorgefallenen Nabelschnur.

Von

Dr. H. Henne, Schaffhausen.

In dieser Zeitschrift (1901, Nr. 51) habe ich über einen Fall von Reposition der vorgefallenen Nabelschnur mit einem zusammengekrüllten Tuche berichtet. Ich bin seither in ähnlichen Fällen in gleicher Weise und mit gleichem Erfolge vorgegangen. Auch bei Vorfall der völlig pulslosen Nabelschnur habe ich experimenti causa in der beschriebenen Weise reponiert und mich immer wieder überzeugt, daß die Reposition leicht zu besorgen war und tadellos erhalten blieb. Auch bei Fußlage mit für die Extraktion ungenügend erweitertem Muttermund habe ich nur gute Erfahrungen gemacht.

Der im folgenden zu beschreibende Fall dürfte auch deshalb von Interesse sein, was er zeigt, wie viel bei Mißverhältnis zwischen Becken und Kopf durch direkte äußere Einwirkung auf den letzteren wider Erwarten zu erreichen ist.

Frau E. R., 32 Jahre alt, ist IVpara. I. Geburt 1905: schwerer Forceps wegen drohender Uterusruptur. Kind tot. Die II. Geburt 1908 verlief spontan bei auffallend kleinem Kind (Prochownick's Ersatz der künstlichen Frühgeburt). III. Geburt 1911: Partus praematurus im 5. Monat. — Die letzte Menstruation war Mitte Oktober 1912. Normaler Schwangerschaftsverlauf. Wehenbeginn am 20. Juli 1913 abends 11 Uhr. Spontaner Blasensprung am 21. Juli abends $7^1/_2$ Uhr. Sofort fällt pulsierende Nabelschnur vor, worauf ärztliche Hilfe nachgesucht wird: Cervix verstrichen, Muttermund bis auf schmalen Saum erweitert. Der Kopf steht mit ganz kleinem Segment im Beckeneingang und scheint noch beweglich. Pfeilnaht quer, kleine Fontanelle links. Neben dem Hinterhaupt fällt ein Konvolut pulsierender Nabelschnurschlingen bis tief in die Vagina vor. Das Becken ist abgeplattet mit stark vorspringendem Promontorium. — Mit Rücksicht auf die Eröffnung des Muttermundes und die scheinbare Beweglichkeit des Kopfes wird Vornahme der Wendung beschlossen, an die sofort die Extraktion angeschlossen werden soll. Trotz guter und tiefer Narkose läßt sich nun aber der Kopf nicht vom Beckeneingang abdrängen. Das untere Uterinsegment ist so fest um denselben kontrahiert, daß die Wendung absolut kontraindiziert ist. Die innere Hand versucht nun, die vorgefallenen Nabelschnurschlingen neben dem Kopf in die Höhe zu schieben, während die äußere diesen fest auf den Beckeneingang preßt. Doch es folgen der zurückgehenden Hand immer wieder neue Nabelschnurschlingen. Mit Leichtigkeit gelingt es aber, die Schlingen auf einem zusammengekrüllten Tuch in die Eihöhle hinaufzudrängen, wo sie mit dem Tuch beim Zurückziehen der Hand liegen bleiben. — Zur Verstärkung der Wehen wird nun Pituglandol »Roche« injiziert, worauf sich rasch sehr gute Uteruskontraktionen einstellen. Sie vermögen aber den Kopf nicht tiefer ins Becken zu schaffen. Dagegen wird das untere Uterinsegment so stark ausgezogen, daß auch in der Wehenpause der Kontraktionsring unmittelbar unter dem Nabel deutlich zu sehen ist. Auch ein kräftiger Druck mit beiden flachen Händen auf den Fundus uteri in der Narkose verbessert die Situation nicht. Wiederholter Versuch, die Zange zu applizieren, gelingt nicht. Die Löffel lassen sich nicht schließen. Die Spannung im unteren

Digitized by Google

Uterinsegment wird unter den fortdauernden Wehen besorgniserregend, so daß die Instrumente zur Perforation bereit gelegt werden. Vor deren Ausführung wird nun in tiefer Narkose mit beiden geballten Fäusten über der Symphyse kräftig direkt auf den Kopf gepreßt, dessen Kinn und Hinterhaupt durch die Bauchdecken deutlich zu fühlen sind. Dadurch gelingt es, den Kopf tief in den Beckeneingang zu drängen, wobei sich die Pfeilnaht leicht schräg stellt. Nunmehr kann die Zange angelegt werden und mühsam wird ein mäßig asphyktischer Knabe von 3500 g Gewicht extrahiert und bald zu kräftigem Schreien gebracht. Die Placenta folgt bald spontan und erst zuletzt das zusammengefaltete Tuch. Blutung minimal. Ein kleiner Dammriß wird mit zwei Zwirnnähten vereinigt. Das Wochenbett verläuft ohne Störung, und der Knabe hat sich seither gut entwickelt.

Auch in anderen Fällen habe ich mich des öftern überzeugen können, daß speziell bei plattem Becken und dringender Indikation von seiten der Mutter sich in tiefer Narkose durch kräftigen Druck mit beiden geballten Fäusten direkt auf den Kopf des Kindes dieser so weit ins Becken pressen läßt, daß die Zange lege artis applizierbar ist. Ich habe dabei noch nie eine Komplikation erlebt, die auf eine Schädigung des unteren Uterusabschnittes durch diesen forcierten Druck hätte zurückgeführt werden können.

Aus obiger Geburtsgeschichte ziehe ich daher folgende zwei Schlüsse:

1) Für die Reposition der vorgefallenen Nabelschnur ist, wenn die Geburt nicht sofort beendigt werden kann, das Zurückschieben auf einem zusammengeknüllten Tuch ein absolut sicheres Verfahren.

2) Bei drohender Uterusruptur infolge Mißverhältnis zwischen Kindskopf und Becken ist (in tiefer Narkose) durch kräftigen Druck mit beiden geballten Fäusten direkt auf den Kopf die Umgehung der Perforation des lebenden Kindes zu versuchen.

Neue Bücher.

1) **A. Kollmann und S. Jacoby. Urologischer Jahresbericht über die Literatur von 1912.** Leipzig, W. Klinkardt, 1913.

Der Bericht weist insofern eine Änderung auf, als die Bücherbesprechungen als besondere Abschnitte an den Schluß der einzelnen Kapitel gesetzt sind. Im übrigen zeigt er dieselbe sorgfältige und erschöpfende Bearbeitung wie die früheren Bände. Bei der zunehmenden Reichhaltigkeit der urologischen Literatur und bei der wachsenden Zahl der urologischen Zeitschriften wird eine zusammenfassende Jahresübersicht über die wissenschaftliche Produktion ein immer stärkeres Bedürfnis. Das Referat über die gynäkologische Urologie liegt nach wie vor in den bewährten Händen Knorr's. Stoeckel (Kiel).

2) **Bernhard Schweitzer (Leipzig). Zur Prophylaxe des Wochenbettfiebers, zugleich ein Beitrag zur Bakteriologie der Scheide Schwangerer.** Leipzig, S. Hirzel, 1913.

Im ersten Teile der sehr lesenswerten Monographie (Habilitationsschrift) behandelt S. die puerperale Infektion durch Eigenkeime und ihre Prophylaxe durch Milchsäurespülungen in der Schwangerschaft. Ausgehend von dem Gedanken, daß puerperale Infektion mit endogenen Keimen relativ häufig zu Fieber, eventuell zum Tode führt, soll eine Beeinflussung des abnormen Vaginalsekrets in der Schwangerschaft herbeigeführt werden. Als abnorm wurde jedes Sekret, das im Kulturverfahren Kokken oder Bakt. coli ergab, oder im Ausstrich deutlich Kokkenformen aufwies, angesehen. Unter 170 bakteriologisch untersuchten Fällen waren 97 = 57% abnorm. Makroskopisch galt im Gegensatz zum

Digitized by Google

weißlich krümeligen das gelbliche, rahmige, schaumige, blutige Sekret als abnorm. Durch Spülungen mit Milchsäurelösungen (5‰) (nach Zweifel) gelingt bei genügend langer Anwendung in 90% die Umwandlung pathologischen Vaginalsekretes in normales; bakteriologisch nachweisbar ist das allmähliche Verdrängen der Kokken durch Stäbchen. Weder stärkere Milchsäurelösungen noch andere Spülungen (Sublimat, NaCl-Lösung) haben denselben Erfolg. Die 0,5%ige Milchsäurelösung ist als »das physiologische Desinfizienz für die Scheide« anzusehen, das einerseits die pyogenen Keime beseitigt, andererseits die nützlichen Stäbchen hegt und endlich das Eindringen neuer schädlicher Keime erschwert. Durch ihre Anwendung gelingt es, die Morbidität der Schwangeren mit ursprünglich pathologischem Sekret auf dieselben Morbiditätsprozente (ca. 7%) zu bringen, wie solche mit ursprünglich normalem Sekret. Diese klinischen Erfolge entsprechen den Desinfektionsversuchen in vitro.

Im zweiten Teile geht Verf. auf den Bac. vaginae ein und behandelt insbesondere das Vorkommen von Laktobakterien in der Scheide Schwangerer. Er spricht sich nach seinen Untersuchungen für das Vorkommen sowohl von einem dem harmlosen Streptokokkus lacticus als auch einem dem Strept. pyogenes nahestehenden Kettenkokkus aus. Michaelis (Metz).

3) von Behr-Pinnow. Geburtenrückgang und Säuglingssterblichkeit. Berlin, J. Springer, 1913.

An der Hand einer sorgfältig gesichteten Statistik geht Verf. den Ursachen des Geburtenrückgangs nach. Weder Zeugungsunfähigkeit noch Mangel an Ehemöglichkeit sind Schuld an dem Rückgang der Geburtenziffer. Entschieden abzulehnen ist auch die sogenannte Wohlstandstheorie, die einen Kausalnexus zwischen steigendem Wohlstand und Beschränkung der Kinderzahl annimmt. Die tiefsten Gründe des Geburtenrückgangs sind nicht statistisch nachweisbar. Sie beruhen nach der Ansicht des Verf.s in einem Rückgang der moralischen und religiösen Gesinnung des Volkes. Der schrankenlose Individualismus, der das Ich und sein Wohlergehen zuungunsten der kommenden Geschlechter in den Mittelpunkt stellt, trägt die Hauptschuld. Daß die Ablehnung der Mutterschaft zugunsten des eigenen Ichs hoch im Kurse steht, beweist die Zunahme der kriminellen Aborte und der Präventivmittel. Eine Milderung der strafgesetzlichen Bestimmungen gegen die Fruchtabtreibung, wie sie von manchen gefordert wird, ist entschieden abzulehnen. Dagegen ist eine Ergänzung des Strafgesetzbuchs betreffend den Vertrieb von konzeptionsverhindernden Mitteln dringend zu wünschen. Das steuerliche Kinderprivileg ist gutzuheißen, desgleichen das Verlangen nach einer Junggesellensteuer. Im allgemeinen ist von den direkten Mitteln der Gesetzgebung nicht viel zu erhoffen. Das Heil ist zu suchen in einem durchgreifenden Wandel der Lebensauffassung, in einer Regeneration von Liebe und Wunsch zum Kinde, kurz in einer moralischen und ethischen Renaissance. Bis zu diesem, auch vom Verf. als höchst problematisch angesehenen Zeitpunkte gibt es nur einen Ausgleich: den der Minderung der Säuglingssterblichkeit. Dieser ist der zweite Teil der sehr beachtenswerten Broschüre gewidmet. Mit besonderer Wärme und Vorurteilfreiheit tritt Verf. für einen vermehrten Schutz der ledigen Mütter durch das Gesetz und die Gesellschaft ein. Die Besserung des Ammenwesens, die Fürsorge mittels Krippen, Säuglingsheimen, Fürsorgestellen, die sogenannte offene Fürsorge durch Belehrung der weiblichen Bevölkerung über Säuglingspflege und Stillgeschäft wird vom Verf. eingehend und unter Beibringung zahlreicher, praktischer Vorschläge erörtert. H. Fuchs (Danzig).

Digitized by Google

Darm.

4) **H. F. Graham** (Brooklyn). **Chronischer mesenterialer Ileus mit Bericht von drei Fällen.** (Med. record 1913. Bd. LXXXIV. Nr. 11. p. 473.)

Verf. will den chronischen mesenterialen Ileus streng vom akuten arteriomesenterialen Ileus (akuter Magendilatation) getrennt wissen. Bei der chronischen Form handelt es sich vielmehr um eine inkomplette Obstruktion des Ileums durch die Wurzel des Mesenteriums; der Magen zeigt nur eine mäßige sekundäre Dilatation. Die Kompression des Duodenums durch die in der Mesenterialwurzel gelegenen Gefäße und den Nervenplexus ist meist die Folge verschiedener Erschlaffungszustände des Abdomens und seiner Organe. Als wesentliche Symptome kommen in Betracht: Erbrechen, Druck und Schmerzgefühle, Kräfteverfall und intermittierende Obstipation.

Die Behandlung hat in Anwendung der Knie-Ellbogenlage und Erhöhung des Fußendes des Bettes bei gleichzeitiger Mastkur zu bestehen. Versagt die Behandlung, so kommen als operative Maßnahmen in Frage: Gastroenterostomia posterior (ohne Schleife) und Duodenojejunostomie.

Mitteilung von drei selbst beobachteten Fällen, bei denen die Diagnose zum Teil mit Hilfe von Röntgendurchleuchtung gestellt war. Ein Fall starb nach Gastrojejunostomie an Peritonitis, die beiden anderen genasen nach Gastroenterostomie und Knie-Ellbogenlage sowie Erhöhung des Fußendes.

Schottelius (Hamburg).

5) **J. R. Eastman** (Indianopolis). **Fötale peritoneale Falten und ihre Beziehungen zu Verschlüssen des Dick- und Dünndarmes.** (Journ. Amer. med. assoc. 1913. Bd. LXI. Nr. 9. p. 635.)

Nach eingehender Besprechung der von Jonnesco, Reid, Jackson, Treves beschriebenen Peritonealfalten und Bänder, die durch instruktive Abbildungen erläutert werden, Publikation eines Falles, bei dem eine parieto-kolische Falte (Jackson's Membran) zu Ileus geführt hatte. Anzeichen von Infektion oder Entzündung fehlten. Lösung der Membran, Heilung.

Schottelius (Hamburg).

6) **V. A. Lapenta** (Indianopolis). **Ein ungewöhnlicher Fall von Appendicitis (retrocoecal) bei seltenen anatomischen Anomalien.** (Medical record 1913. Bd. LXXXIV. Nr. 14. p. 620.)

28jährige Nullipara mit rezidivierenden Schmerzen in der rechten Lumbalgegend. 14500 Leukocyten, 82% polynukleäre L., ausgesprochene Jodophilie, ein für Autor zuverlässiges Symptom einer Resorption von Bakterientoxinen. Bei der Operation, Appendektomie, zeigt sich das Coecum eingehüllt in eine Peritonealmembran, die der Beschreibung nach als Jonnesco'sche Membran anzusprechen ist, vom Autor aber nicht als solche aufgefaßt wird. Die Appendix wird aus diesen Membranen ausgelöst. Schottelius (Hamburg).

7) **B. S. Purse** (Savannah). **Behandlung und Pathologie der Appendicitis.** (Med. record 1913. Bd. LXXXIV. Nr. 7. p. 296.)

Appendicitis wird auf Koprostase im Coecum zurückgeführt. Therapeutisch wird Entleerung des Darmes und Wärmeapplikation bei leichter, kotarmer Kost empfohlen. Daß Verf. mit der angegebenen Therapie in mehr als 25 Jahren nur gute Erfolge erzielt haben will, mutet sonderbar an.

Schottelius (Hamburg).

Digitized by Google

8) **H. H. Hilscher** (Mankato). **Die Appendix und einige ihrer Erkrankungen.** (New York med. journ. 1913. Bd. XLVIII. Nr. 8. p. 373.)

Aus den Angaben alter Anatomen (Boerhave) über die Länge und das Volumen der Appendix wird geschlossen, daß sich der Proc. vermiformis als rudimentäres Organ im Laufe der letzten Jahrhunderte merklich verkleinert hat. Der Drüsenabsonderung wird ein irritierender und sogar deletärer Einfluß zuerkannt, so daß die Ätiologie der Appendicitis in manchen Fällen (Fehlen pathogener Bakterien) eine chemische wäre. Schottelius (Hamburg).

9) **J. Wagner** (Neuyork). **Appendix frei in der Bauchhöhle ohne eitrige Peritonitis.** (Med. record 1913. Bd. LXXXIV. Nr. 5. p. 339.)

Laparotomie wegen Verdacht auf Adnextuberkulose und tuberkulösen Ascites. Befund: Carcinose des Bauchfells, der Ovarien und des Netzes. Appendix daumendick mit Knötchen in der Fossa subcoecalis, an beiden Enden verschlossen, ohne Verbindung mit dem Coecum. Exstirpation der Adnexe, supravaginale Amputatio uteri, Appendektomie.

Exitus 3 Monate später an Karzinomkachexie.

Die Trennung der Appendix vom Coecum ist dadurch zu erklären, daß infolge Gefäßverschluß der Blinddarmfortsatz, dessen Lumen schon obliteriert war, total sequestrierte. Schottelius (Hamburg).

10) **Sorge** (Kassel). **Über Nachbehandlung bei Appendicitisoperationen.** (Berliner klin. Wochenschrift 1913. Nr. 32.)

Aus der Fülle therapeutischer Erörterungen seien folgende hervorgehoben: Zur Vermeidung des postoperativen Adhäsionsileus finden rektale Kochsalzinstillationen ausgedehnte Verwendung. Der Darm wird dadurch von vornherein in Bewegung gehalten. Die Dauerirrigation wird 2—3 Tage fortgesetzt. Der erste Stuhlgang wird durch Öl- bzw. Wassereinläufe erzielt, von Abführmitteln wird abgesehen. Bei postoperativem Ileus wird die Anlegung einer Heidenhainschen Dünndarmfistel im Bette unter Schleich vorgenommen. Bei peritonealem Kollaps reichlich Kochsalzinfusionen, am besten intravenös, mit oder ohne Zusatz von Digalen bzw. Adrenalin. Die Mortalität bei so geleiteter Nachbehandlung sank in 3 Jahren von 3,2 auf 1,1%. H. Fuchs (Danzig).

11) **E. Dorn.** **Über primäres Appendixkarzinom mit Bericht eines eigenen Falles.** Inaug.-Diss., München, 1912.

Seit 1838 238 Fälle von Appendixkarzinom veröffentlicht. Kurze Wiedergabe einer Reihe von Krankengeschichten aus der Literatur. Anführung eines Falles aus der Universitäts-Frauenklinik München. — 29jährige Nullipara, mit 16 Jahren Ileocoecalschmerz, mit 20 Jahren Appendicitis mit Rezidiv, mit 24 Jahren neuerdings heftige Schmerzen rechts. Unterbauchschmerzen mit hohem Fieber, als Appendicitis, Peritonitis gedeutet. 7 Monate klinisch behandelt. In den folgenden Jahren zeitweise Beschwerden. Im Januar 1911 mit Appendicitis, Perityphlitis und mit Nebenbefund Retroflexio ut. mob., Hernia inguinalis dextra in die Frauenklinik München eingetreten, in sehr anämischem, wenig kräftigem Zustand. Da täglich der Status schlimmer zu werden droht, Laparotomie. Lagekorrektur des Uterus nach Menge, Vernähung des Leistenringes rechts. Lösung der verwachsenen, distal kolbig aufgetriebenen, frisch entzündeten Appendix. Nach 3 Wochen geheilt entlassen. Mikroskopisch: Appendixkarzinom mit skirrhösem Bau. Genaue mikroskopische Beschreibung. — 0,4% aller entfernten Wurmfortsätze karzinomatös. Viele jugendliche Träger, mittleres Alter 32,5 Jahre. Von obigen 238 Fällen sind 63% wegen Appendicitis operiert worden. Anscheinend der Karzinombildung Entzündung vorausgehend. Karzinomtumor erbsen- bis hühnereigroß,

Digitized by Google

78% distal sitzend, 82% Careinoma simpl., metastasierend in 3—4%, rezidivierend in 1%. 58% Frauen. Diagnose am Lebenden selten, da klinisch ohne hervorragende Symptome. Therapie: radikale Operation. Bei jeder Laparotomie sind verdächtige Appendices zu entfernen. v. Miltner (München).

12) **J. Erdmann** (Neuyork). **Die malignen Erkrankungen des Kolons.** (Medical record 1913. Bd. LXXXIV. Nr. 14. p. 611.)

Allgemeine Besprechung von 40 wegen maligner Kolontumoren ausgeführten Operationen. Mit Ausnahme eines Falles (Adenokarzinom der Flexur), das zufällig bei Operation eines Ovarpapilloms gefunden wurde, handelte es sich durchweg um vorgeschrittene Fälle. Bei der im Anfangsstadium maligner Dickdarmtumoren ungemein schwierigen Diagnose müssen alle Hilfsmittel (Stuhluntersuchung, Skiagramm) herangezogen werden. Als Palliativtherapeutikum bei Inoperabilität kommt neben Kauterisation und Curettage maligner Stenosen auch die Anwendung von Hochfrequenzströmen in Frage. Bei Auslösung des Kolons empfiehlt es sich, zuerst das gefäßlose, äußere straffe Peritonealblatt zu durchtrennen, ebenso an der Flexura linealis zunächst das Ligamentum costocolicum. Resektionen werden am sichersten zwei- oder dreizeitig ausgeführt nach Anlegung einer Kolostomie. Die Erhaltung des Sphincter ani läßt sich bei tiefer sitzenden rektalen und rekto-sigmoidealen Tumoren wegen Rezidivgefahr selten durchführen und soll keinesfalls forciert werden.

Die operativen Erfolge sind leider immer noch sehr wenig befriedigend.

Schottelius (Hamburg).

Allgemeine Gynäkologie.

13) **C. P. Wertenbaker** (Norfolk). **Eugenische Grundsätze und die öffentliche Wohlfahrt.** (New York med. journ. 1913. Bd. XCVIII. Nr. 13. p. 602.)

Die Bedeutung der Vererbung wird theoretisch (Mendelismus) und praktisch (Stammbäume moralisch und intellektuell tiefstehender Familien) bewiesen. Der Zweck der Eugenie, durch Ausschaltung minderwertiger Elemente den Prozentsatz normaler Menschen zu erhöhen, kann erreicht werden: 1) durch Absonderung und 2) Sterilisierung Minderwertiger, 3) durch obligatorischen ärztlichen Heiratskonsens, 4) durch allgemeine Erziehung und Belehrung des Volkes.

Schottelius (Hamburg).

14) **Fr. v. Neugebauer** (Warschau). **Eugenik und Gynäkologie.** (Medycyna i kronika lekarska 1913. Nr. 31 u. 32.)

Die Galton'sche Lehre, Eugenik genannt, hat zur Aufgabe, durch gründliche Observation Regeln der Vererbung aufzustellen und, darauf gestützt, Vorschriften zu geben, wie die Menschheit besser werden könnte. Von vornherein ist jede gesetzliche Einschränkung der persönlichen Rechte auszuschließen; nur durch Publikationen sind die festgestellten Tatsachen bekannt zu machen, daß sie freiwillig beachtet werden.

Als wichtigster Gegner der Menschen- und Rassenverbesserung ist der kriminelle Abort zu nennen, da er am meisten nicht die Erstgeborenen, sondern die weiteren Kinder, und nicht die legitimen, sondern die illegitimen Kinder betrifft. Es ist aber bewiesen, daß die Erstgeborenen sehr oft zu physisch und psychisch minderwertig heranwachsen, und die illegitimen Kinder, als Frucht der wahren Liebe, oft bedeutend mehr wert sind, wie die Nachkommen einer Vernunftehe. — Es wäre somit zunächst gegen den kriminellen Abort zu kämpfen. Vom ärztlichen

Digitized by Google

Standpunkt ist weiter die Frage zu lösen, ob es angezeigt ist, Kinder einer syphilitischen Ehe durch Einleitung einer entsprechenden Kur während der Schwangerschaft der Mutter zu retten. Fast ausnahmslos sind dies auch schwer luetische Kinder, und es erscheint vorteilhafter, dieselben zu opfern und erst die nächsten, durch eine spezifische, vor der Schwängerung eingeleitete Kur, zu gesunden, tüchtigen Menschen heranwachsen zu lassen.

Die Ursache, warum die Erstgeborenen oft minderwertig sind, ist wahrscheinlich in den Schwierigkeiten der ersten Geburt zu suchen, welche oft innere Verletzungen verursacht, die zwar physisch keine Spuren zurücklassen, psychisch aber verhängnisvoll sein können. Czyzewicz (Lemberg).

15) **G. K. Dickinson (Jersey City). Die uterinen Syndrome.** (Med. record 1913. Bd. LXXXIV. Nr. 8. p. 333.)

Allgemein gehaltene Zusammenstellung und Besprechung der physiologischen Beziehungen des Uterus und seiner Umgebung zum Gesamtorganismus.

Schottelius (Hamburg).

16) **Richard Drummond Maxwell (London). Gynäkologische Ergebnisse.** (Practitioner 1913. September.)

Ausführlicher Lehrvortrag. Verf. beschäftigt sich in übersichtlicher, klarer Darstellung mit drei Affektionen, die durch die Plötzlichkeit und Schwere der auftretenden Symptome den Praktiker vor recht schwierige Situationen stellen, nämlich 1) Extrauteringravidität, 2) Stieldrehung von Ovarialtumoren, 3) Pelviperitonitis acuta bei Adnextumoren. Neues für den Fachgynäkologen ist in der Darstellung nicht enthalten. Jaschke (Gießen).

17) **Mathilde v. Kemnitz. Der asthenische Infantilismus des Weibes in seinen Beziehungen zur Fortpflanzungstätigkeit und geistigen Betätigung.** Inaug.-Diss., München, 1913.

»Der asthenische Infantilismus ist ein Infantilismus, der durch die ererbte Konstitutionsanomalie „Asthenie" verursacht und deshalb stets mit anderen Merkmalen der Asthenie gepaart ist.« Der Infantilismus des Genitalapparates, der sich gynäkologisch bei der Virgo durch Amenorrhöe oder Dysmenorrhöe, ferner durch Neigung zu Prolaps bei Retroflexio congenita dokumentiert, zeigt sich in seiner ganzen Tragweite erst bei der Fortpflanzungstätigkeit der Frau. Abgesehen davon, daß der meist fehlende Sexualtrieb die Infantile an sich schon ungeeignet zur Ehe macht, bewirken die infantilen Hemmungsbildungen eine Reihe schwerer Störungen (schmerzhafte Kohabitation, Sterilität, Dystokien). Die gynäkologischen Symptome der Asthenie sind die Neigung von Uterus und Ovarien zur blastomatösen Degeneration, dysmenorrhoische Beschwerden als Ausdruck ovarieller Hypofunktion und vorzeitiges Klimaktierium als Ausdruck des raschen Alterns des asthenischen Individuums. Die Fortpflanzungstätigkeit der asthenischen Frau ist in hohem Grade beeinträchtigt. In der Gravidität gesteigerte Molimina gravidarum, sowie Tendenz zu Aborten und Frühgeburten, bei der Geburt primäre und sekundäre Wehenschwäche mit allen ihren üblen Folgen, in der Nachgeburtsperiode Neigung zu atonischen Blutungen. Hinsichtlich der Ätiologie des asthenischen Infantilismus steht Verf. auf dem Standpunkt von Mathes, daß die Asthenie und füglich auch der asthenische Infantilismus eine germinativ erworbene Konstitutionsanomalie ist, die entweder von den Eltern schon germinativ erworben, oder durch Einwirkung blastophtonischer Gifte auf die Keimzellen verursacht wurde. Hieraus ergibt sich der wichtige Schluß, daß wir im Gegensatz zu dem reinen Infantilismus den asthenischen Infantilismus therapeutisch nicht beseitigen können, daß wir nur durch günstige Lebensbedingungen die Konstitution heben,

Digitized by Google

nicht aber sie ändern können. Auf psychischem Gebiete äußert sich der Infantilismus am häufigsten als Debilität und Imbezillität. Eine Trennung dieser beiden Begriffe ist nach v. K. dadurch gerechtfertigt, »daß der Imbezille nicht imstande ist, eine sozial nützliche Stellung auszufüllen, er ist in den meisten Fällen kontrasozial oder extrasozial. Der Debile dagegen rechnet noch zu den intrasozialen Individuen und erscheint deshalb dem Laien gewöhnlich nicht als minderwertig«. Es ist selbstverständlich, daß die debile Frau zur selbständigen Geistesarbeit untauglich ist, denn sie wird immer nur fremde Gedanken reproduzieren können, niemals aber die Wissenschaft fördern. Aber auch zum Mutterberufe glaubt Verf. die Debile »in einem Kulturstaat als untauglich erachten« zu müssen. Ihre ständigen Beschwerden, ihre Abgespanntheit, ihre gedrückte Stimmung müssen sie unfähig machen, die Mühen der Mutter freudig auf sich zu nehmen, und ihre Reizbarkeit macht sie zur Erzieherin schlechterdings untauglich. In mindestens ebenso hohem Maße beeinträchtigt die asthenische Konstitution die ersprießliche geistige Beschäftigung. Der oft gute Intellekt, das rasche Auffassungsvermögen sind leider nur zu oft der Anlaß, daß die Asthenische besonders gut für den geistigen Beruf geeignet erscheint. Aber die leichte Ermüdbarkeit mit ihren Begleitsymptomen läßt eine geistige Tätigkeit, die für einen gesunden, gering Begabten keine Anstrengung bedeutet, für die Asthenische zur erschöpfenden Hirnarbeit werden. Das Maß an geistiger Betätigung, was jede einzelne asthenisch Infantile ohne Schaden leisten kann, ist natürlich in jedem Falle verschieden. Eines ist aber für alle Fälle sicher, daß die Ausübung eines Vollberufes für jeden Astheniker die Gefahr einer Überanstrengung in sich birgt.«

L. Nürnberger (München).

18) **Helen Hughes-Hielscher** (Mankato, Minn.). **Einige Bemerkungen zum Symptom des Kreuzschmerzes.** (St. Paul's med. journ. 1913. März.)

Verfasserin erhebt ganz allgemein den Vorwurf, daß wir zwar auf objektive Zeichen von Krankheit mit immer größerer Feinheit zu achten gelernt haben, dagegen subjektive Symptome gemeinhin zu gering schätzen. Unter den mit Kreuzschmerz einhergehenden Zuständen werden angeführt: Anämie, Neurasthenie, Obstipation, Entzündung mit oder ohne Steinbildung im Harntrakt und Gallengangssystem, in der Genitalsphäre, Hämorrhoiden, Ulzerationen und Fissuren des Rektums, Sigmoiditis, Splanchnoptose, Coccycitis (!). Auch hier hebt Verfasserin hervor, daß nicht jede objektiv am Genitale nachweisbare Abnormität, besonders nicht jede Lageveränderung, auch die wahre Ursache des Kreuzschmerzes trifft, weshalb so häufig z. B. nach Retroflexionsoperationen ein subjektiver Mißerfolg zu verzeichnen ist. Häufig handelt es sich um psychogene Schmerzen, die sorgfältiger Aufmerksamkeit seitens des Arztes bedürfen. Für sie gilt das Paradoxon: »Eine Frau, die krank zu sein meint, ohne krank zu sein, ist in der Tat sehr krank.«

Jaschke (Gießen).

19) **O. Beddard** (London). **Vorschlag zur Behandlung gewisser Formen der Coccygodynie.** (Brit. med. journ. 1912. April 13.)

Verf. sah einige Fälle, in denen der Schmerz durch Druck auf das Steißbein verursacht wurde, z. B. bei längerem Sitzen. Er konstruierte eine Beckenbandage, vermittels welcher die Tubera ischii in kleinen Gummiringen ruhen und dadurch erhöht werden. In den behandelten Fällen trat Erfolg ein.

Sieber (Berlin-Pankow).

Digitized by Google

Tuberkulose.

20) S. Stocker jun. (Luzern). **Jodtinktur bei trockener Peritonealtuberkulose.** (Schweizerische Rundschau für Medizin 1913. Nr. 18.)

Verf. zeigte, daß bei Kaninchen ein Bepinseln der Därme mit Jodtinktur nicht zu Verklebungen und Adhäsionen führt. Bei anderen Kaninchen wurde das Peritoneum nach Bepinselung mit Tuberkelbazillenemulsion und darauffolgender Jodbehandlung von der Infektion nicht ergriffen, während Tiere, bei denen die Jodbehandlung der geimpften Peritonealpartien weggelassen worden war, krank wurden; eine spätere Bestreichung mit Jodtinktur führte zur Heilung. Gestützt auf diese Experimente hat Verf. zwei Pat. mit trockener Peritonealtuberkulose lokal mit Jodtinktur behandelt und hat prompte, schmerzlose Heilung erzielt. Erscheinungen von Jodismus traten nicht auf.

F. König (Bern).

21) F. Jayle (Paris). **Die Tuberkulose der Tube.** (Presse méd. 1913. Nr. 51.)

J. fand bei der histologischen Untersuchung entzündlich erkrankter Tuben sehr häufig Tuberkulose, wo dieselbe nicht vermutet war. Er glaubt daher, daß in Fällen von Mischinfektion die Tuberkulose sehr häufig unerkannt bleibt. Er teilt die Tubentuberkulose ein in reine Tuberkulose und Tuberkulose vereinigt mit einer anderen Infektion. Die reine Tubentuberkulose teilt er wieder ein: 1) in granulierte, miliare, peritoneale Tuberkulose mit freiem Ascites; 2) in eitrige Tuberkulose, 3) in abgekapselte Tuberkulose, 4) in solche Fälle, wo die anderen Formen gemischt vorkommen. Bei der Tuberkulose mit Mischinfektion ist die Tuberkulose gewöhnlich primär, die Infektion mit anderen Mikroben tritt vom Darm, den Genitalien oder vom Blut aus hinzu. Bericht über einen Fall von Kombination einer Tuberkulose mit Tetragenus. Die Diagnose bietet oft erhebliche Schwierigkeiten, besonders bei den gemischten Formen, da es keine charakteristischen Symptome gibt. Die Behandlung ist immer eine chirurgische.

Hohl (Bremerhaven).

22) E. Wayneroff-Winarow. Über Tuberkulose der Vulva. Inaug.-Diss., München, 1912.

Bei einer 37jährigen IXpara fand sich folgender Genitalbefund: Elephantiastische Verdickung der kleinen Labien, des Frenulum, Präputium und in etwas geringerem Grade der Klitoris selbst. Vestibulumschleimhaut mit mehreren großen, geschwürigen Defekten, besonders in der Umgebung der Urethra. Allseitig derbe Infiltration des paravaginalen und periurethralen Gewebes. Die histologische Untersuchung ergab eine verkäsende Tuberkulose. — Im Anschluß daran gibt Verf. eine eingehende Schilderung der weiblichen Genitaltuberkulose. Ausführliches Literaturverzeichnis.

L. Nürnberger (München).

23) Joseph Jaworski (Warschau). **Schwangerschaft und Tuberkulose in ihrer gegenseitigen Beziehung.** (Odczyly kliniczne Ser. XII. Hft. 7 u. 8.)

Ein bündiger, klarer Vortrag, auf eigene Erfahrung und Literaturangaben gestützt. Es ist Tatsache, daß die Schwangerschaft einen schlechten Einfluß auf die Tuberkulose ausübt, obwohl auch Fälle vorkommen, in denen nicht nur Stillstand der Krankheit, sondern sogar eine Besserung zu notieren ist. Demzufolge ist eine Individualisieren absolut notwendig.

Digitized by Google

Es wäre zu wünschen, daß Personen, die tuberkulös belastet sind, nicht zu früh heiraten, wo irgendwelche Zeichen der Schwindsucht bestanden, nicht eher, bis volle 2 Jahre seit den letzten Symptomen vergangen sind. — Ist die Pat. schon verheiratet, dann soll durch Präservativmittel eine Schwangerschaft ferngehalten werden. Ist diese aber doch eingetreten, dann sind leichte fieber- und blutungfreie Fälle einer klimatischen Kur zu unterwerfen. Vorgeschrittene Fälle sind gewöhnlich trotz jeder Kur verloren und nicht zu bessern. Eine Unterbrechung der Schwangerschaft wäre hier als Fehler zu bezeichnen.

Zur Einleitung des künstlichen Abortes eignen sich nur leichte Fälle im Anfange der Krankheit oder solche von primärer Larynxtuberkulose bei ganz geringen Lungenveränderungen. Hier ist die Schwangerschaft möglichst schnell zu unterbrechen und gleich nachher eine klimatische Kur einzuleiten.

Frauen, die auch nur tuberkulös belastet sind, dürfen nicht stillen.

Czyzewicz (Lemberg).

24) **L. H. S. Chaillet. Zur Prognose der schwangeren tuberkulösen Frau und der schwangeren Herzpatientin.** Inaug.-Diss., Amsterdam, 1913.

Verf. betont an der Hand des Materials der Treub'schen Frauenklinik in Amsterdam besonders die Veränderlichkeit im Verlaufe der Tuberkulose und die ungünstige Prognose der schwereren Fälle.

Die Fälle mit geringerer Lungenaffektion, wo die Tuberkulose nicht progredient war oder die Progression zum Stehen durch eine zweckmäßige Behandlung gebracht wird, haben fast dieselbe Prognose wie solche ohne Schwangerschaft. Ausnahmsweise sieht man auch in diesen Fällen eine akute Exazerbation im Wochenbett. Die schwereren, immer progredienten Fälle (durch eine interne Therapie nicht zu bessern) zeigen sehr oft eine Verschlimmerung im Wochenbett.

Rücksichtlich des Kindes ist es äußerst unwahrscheinlich und ganz unbewiesen, daß ein kongenitaler Übergang der Tuberkelbazillen von der Mutter auf das Kind Regel ist.

Der Abortus provocatus hat oft ein gutes Resultat, jedoch nur einzig und allein in den leichten Fällen und in den ersten Monaten der Schwangerschaft. Verf. meint, daß in diesen Fällen sehr oft ohne irgendwelche Notwendigkeit künstlich unterbrochen wird. Man darf ja nicht vergessen, daß eine tuberkulöse Pat. tuberkulös bleibt, wenn man auch die Fehlgeburt in Gang setzt.

Gegen den prinzipiellen Abortus spricht die Tatsache, daß in leichten Fällen ohne nennenswerten Rückgang des allgemeinen Zustandes, etwas mehr Husten nicht mitgerechnet, im allgemeinen eine akute Exazerbation im Wochenbett eine Ausnahme bildet.

Außerdem soll man Rücksicht nehmen auf das Leben der Kinder. In leichten Fällen darf man das Kind nicht zwecklos opfern; man berücksichtige auch die interessanten Untersuchungen van Tussenbroek's. Also soll in der Gravidität eine eingehende Beobachtung und präzise Therapie dem Abortus vorangehen.

Van Waasbergen (Leiden).

25) **Raspini (Florenz). Larynxtuberkulose und Schwangerschaft.** (Ginecologia 10. Jahrg. Nr. 9.)

Da die Larynxtuberkulose von hinzutretender Schwangerschaft ganz erheblich beeinflußt wird, muß man alle Frauen, welche in der Schwangerschaft über irgendwelche Halsbeschwerden klagen, genau auf Larynxtuberkulose untersuchen.

Digitized by Google

Meist findet sich gleichzeitig Lungentuberkulose. Vor dem 6. Monat soll stets der Abort eingeleitet werden. In einzelnen Fällen, z. B. bei Verweigerung des Abortes oder bei Stationärbleiben der Larynxaffektion kann die Tracheotomie von großem Nutzen sein. Und zwar nicht nur in dem Sinne, daß die Schwangerschaft ohne größere Gefahr zu Ende gebracht werden kann, sondern manchmal wird sich auch die Larynxaffektion selbst bessern. Ist der 6. Schwangerschaftsmonat überschritten, kann man die künstliche Frühgeburt einleiten. Auch hier soll man, wenn die Frau den Eingriff ablehnt oder die Tuberkulose sich verschlimmert, die Tracheotomie machen, da man die Kranke damit auch vor Erstickung durch akutes Larynxödem unter der Geburt bewahrt. In allen Fällen muß die Entscheidung beeinflußt werden vom Stande der gleichzeitig vorhandenen Lungentuberkulose. Die Prognose für die Kinder ist sowohl quoad valetudinem als auch quoad vitam mit größter Reserve zu stellen.

14 eigene Beobachtungen werden in extenso angeführt. Von diesen kamen 2 Frauen spontan ad terminum nieder, bei 5 wurde künstliche Frühgeburt und bei 3 künstlicher Abort eingeleitet. 4 Frauen hatten eine spontane Frühgeburt. Von den 14 Frauen starb keine während der Schwangerschaft oder der Geburt, aber 8 gingen in den ersten 45 Tagen post partum zugrunde. In allen Fällen bestand gleichzeitig Lungentuberkulose.

Von den Frauen, welche spontan ad terminum niederkamen, war die eine im 4. Monat wegen schweren Larynxödems tracheotomiert worden. Sehr lehrreich ist folgende Beobachtung: Eine Gravida wurde im 4. Schwangerschaftsmonat mit anscheinend leichter Larynxtuberkulose aufgenommen; in der Klinik behandelt und beobachtet, im 7. Monat ganz plötzliche Verschlimmerung; Einleitung der künstlichen Frühgeburt, kurz post part. Exitus. Die beiden zur Zeit geborenen Kinder starben beide, eins 10 Tage, das andere 2 Monate post partum. Von den 9 frühgeborenen Kindern lebte nach 3 Monaten nur noch eins.

Knoop (Duisburg).

26) **S. Bacon** (Chicago). **Die Bedeutung der Sanatoriumbehandlung tuberkulöser Gravider, Puerperaler und ihrer Kinder.** (Vortrag der 64. Versammlung der Amer. med. assoc.) Referiert in diesem Blatte 1913. p. 1365. Schottelius (Hamburg).

27) **G. Kapsammer. Nierentuberkulose.** (Amer. journ. of obst. and dis. of w. and children 1913. September.)

Allgemeine Häufigkeit etwa 1%. Die Nierentuberkulose ist gewöhnlich einseitig, rechts und links ungefähr gleich oft zu beobachten, bei Männern häufiger als bei Frauen, bei letzteren aber öfter operiert. Die Frage des Infektionsweges wird ausführlich erörtert. Pathologisch-anatomisch kann man unterscheiden: 1) Die tuberkulöse Nephritis, selten und dann gewöhnlich rasch zum Tode führend; 2) eine infiltrierende, in Sklerose ausgehende Form; 3) tuberkulöse Ulzeration der Papillen, gewöhnlich mit starken Blutungen einhergehend und nicht selten in Pyonephrose endigend; 4) kavernöse Form. Die ersten Kavernen sitzen gewöhnlich nahe einem Nierenpol. Ausgang wie bei 3) gewöhnlich eine Pyonephrose.

Die ausgezeichnete Besprechung der Symptome und Diagnose bringt kaum Neues.

Therapeutisch kommt bei einseitiger Nierentuberkulose nur die Nephrektomie in Frage. Zeit zu verlieren mit Tuberkulinkuren und anderen konservativen Methoden ist nicht angezeigt. Ebenso sind die Nierenresektion und Nephrotomie

Digitized by Google

heute wohl allgemein verlassen. Die Operation ist immer extraperitoneal vorzunehmen, der Ureter, wenn erkrankt, soweit als möglich mitzuentfernen, die Nierenkapsel dagegen zu belassen, wenn sie nicht an der Erkrankung beteiligt ist. — Bei doppelseitigem Prozeß kann ebenfalls die Nephrektomie in Frage kommen, wenn anzunehmen ist, daß die weniger kranke Niere durch Toxine der schwerer kranken geschädigt wird oder die stärker erkrankte bereits völlig funktionsunfähig ist.

Jaschke (Gießen).

28) **R. C. Bryan** (Richmond). **Die Frühdiagnose der Nierentuberkulose.** (New York med. journ. Bd. XCVIII. Nr. 1. p. 20.)

Verdächtige Symptome sind intermittierende Dysurie und Polyurie, die als klinische Folgen der ersten miliaren, meist subkortikal gelegenen tuberkulösen Herde auftreten, und auf toxische Einflüsse zurückzuführen sind. Erst später zeigt sich Eiter. Derart suspekte Symptome erfordern sofort eingehendste Diagnose mit Hilfe 1) der Urinanalyse, 2) des Mikroskops, 3) des Ureterenkatheterismus, 4) der diagnostischen Tuberkulininjektion, 5) der funktionellen Nierenprüfung.

Mikroskopischer Nachweis von Leukocyten in saurem Urin ist bei Fehlen eines Nierensteins jedenfalls stets ein verdächtiges Moment, das durch intermittierenden Blutgehalt des Urins gestützt wird.

Cystoskopisch präsentieren sich die ersten Manifestationen als bläuliche Verfärbung der betreffenden Uretermündung, die lochartig eingezogen ist, oder als bullöses Ödem des Ostiums (Buerger); erst später treten tuberkulöse Ulcera im Trigonum und in der Nähe des Ureterostiums auf.

Tuberkulinproben sind mit Vorsicht zu gebrauchen; von den funktionellen Proben wird Phenolsulphonaphthalein am meisten empfohlen.

Schottelius (Hamburg).

29) **Falgowski** (Posen). **Große Sondercyste in einer tuberkulösen Amyloidniere, welche in das Becken gewandert ist. Entfernung per laparotomiam. Heilung.** (Lwowski Tygodnik lekarski 1913. Nr. 41 u. 42.)

Mannskopfgroße, einkammerige Cyste in einer Wanderniere. Die Diagnose wurde auf Ovarialgeschwulst gestellt. Erst bei der Laparotomie konnte der wahre Zustand festgestellt und die kranke Niere entfernt werden. Die Besichtigung des Präparates ergab gleichzeitiges Bestehen von Amyloid und Tuberkulose, welch letztere, noch vom Nierenbecken isoliert, keine klinischen Symptome gab. — Die Pat. genas.

Verf. bespricht die zugehörige Literatur. Es sind überhaupt nur 38 einkammerige Nierencysten bekannt und kein einziger Fall von gleichzeitigem Bestehen einer einkammerigen Cyste und Nierentuberkulose.

Die Diagnose obiger Erkrankungen ist sehr schwer und fast niemals sicher zu stellen. Die Ätiologie und der frühere Verlauf auch schwer zu eruieren.

Czyzewicz (Lemberg).

Allgemein-Operatives.

30) **E. Reynolds** (Boston). **Der Verlauf gynäkologischer Operationen bei chronischen Herzerkrankungen.** (Surgery, gynecology and obstetr. Vol. XVII. Nr. 3.)

Eine mittelgroße Operation unter guten äußeren Bedingungen, von einem ausgebildeten Operateur mit geschulter Assistenz ausgeführt, schädigt einen chro-

Digitized by Google

nisch Herzkranken nicht mehr, als eine etwas außergewöhnliche Körperanstrengung. Man kann daher jedem Pat. eine solche Operation zumuten, der fähig ist, in mäßigem Tempo und mit nur geringer Kurzatmigkeit eine Treppe hinaufzusteigen. Sowohl vor als auch nach der Operation soll der Operateur jedoch in Konsultation mit einem erfahrenen Internisten das Herz genau untersuchen und durch entsprechende Therapie in einen möglichst günstigen Zustand bringen. Von großer Wichtigkeit ist dann die Wahl des Narkotiseurs und der Narkosemethode sowie die Schnelligkeit und Methode der Operation.

Robert Stern (Offenbach).

31) **J. O. Polak** (Brooklyn). **Der Verlauf gynäkologischer und geburtshilflicher Operationen bei akuter und chronischer Endokarditis.** (Surgery, gynecology and obstetrics Vol. XVII. Nr. 3.)

Jeder gynäkologischen Operation muß bei Herzkranken eine Behandlung des Herzleidens vorausgehen. Die Herzsymptome, der Blutdruck und die Funktionstüchtigkeit der Leber und Nieren sind allein die Indikationen für den Zeitpunkt der Operation. Deshalb ist ein Zusammenarbeiten mit einem Internisten ratsam. Die Operation selbst soll möglichst schnell, blutsparend und unter kombiniert lokaler und allgemeiner Anästhesie mit Novokaln, Morphium und Äther vorgenommen werden. Durch eine entsprechende Vorbehandlung muß einer postoperativen Überdehnung des Magen-Darmkanals vorgebeugt werden. Nach der Operation ist durch reichliche Morphiumgaben für die nötige Ruhe zu sorgen.

In der Schwangerschaft gehören die Erkrankungen des Herzens zu den allergefährlichsten Komplikationen. Die Gefahren werden um so größer, je mehr der Uterus wächst und erreichen ihren Gipfelpunkt während der Geburt und besonders der Nachgeburtsperiode. Die Prognose hängt weniger von der Art des Herzfehlers ab, als von der Muskelbrüchigkeit des Herzens. Wenn jemals eine Kompensationsstörung vorhanden war, soll man die Schwangerschaft nicht zu Ende gehen lassen. Doch soll man nicht während des Stadiums der Dekompensation operieren, sondern zuvor durch Ruhe und interne Therapie das Herz kräftigen. Bei Multiparae ist ein mehr abwartendes Verfahren angezeigt, bei Primiparae dagegen die vaginale Hysterotomie. Die Geburt selbst ist zunächst exspektativ zu behandeln, sobald aber eine Störung eintritt, ist durch die entsprechende Operation die Entbindung abzukürzen, durch cervicale Inzisionen, Zange, Wendung, Pubiotomie, Kaiserschnitt oder Kraniotomie. Die Gefahren der Nachgeburtsperiode sind durch hohe Kampferdosen, kleine Morphiummengen, Sauerstoffeinatmung und Aderlaß aus den Armvenen zu bekämpfen, während die Entblutung aus der Placentarstelle, die von anderer Seite gerühmt wird, nicht empfehlenswert erscheint.

Robert Stern (Offenbach).

32) **T. S. Cullen** (Baltimore). **Operationen von Patienten mit einem Hämoglobingehalt von 40% oder weniger.** (Surgery, gynecology and obstetrics Vol. XVII. Nr. 3.)

Nach Zusammenstellung von 170 Fällen kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: Im allgemeinen vertragen Pat. mit relativ geringem Hämoglobingehalt Bauch- oder Beckenoperationen ziemlich gut. Immerhin wird bei ihnen, besonders wenn es sich um Korpus- oder Cervixkarzinom handelt, die Gefahr wesentlich erhöht. In Fällen, in denen die starke Blutung auf die menstruellen Perioden beschränkt ist, soll die Operation möglichst einige Tage vor der Periode vorgenommen werden, da dann der Hämoglobingehalt am größten ist. Ein wichtiger Faktor für die

Digitized by Google

Prognose ist die Nachbehandlung, bei der Transfusionen eine wichtige Rolle spielen. Sehr gefährlich ist nach der Erfahrung des Verf. bei solchen ausgebluteten Operierten die Anwendung von Abführmitteln.

Robert Stern (Offenbach).

33) **Th. A. Dobbert.** **Tausend Köliotomien.** (Journal für Geb. u. Gyn. 1913. p. 563. [Russisch.])

Die Operationen sind im Laufe der letzten 15 Jahre gemacht worden, und in diese Zeit fallen einige, die Gleichwertigkeit des Materials und der Erfolge beschränkende Momente, wie Einführung für die Bauchhöhle resorbierbaren Nahtmaterials, Aufnahme der Wertheim'schen Radikaloperation, Beobachtung der Autononinfektion des beteiligten Personals, Verwendung der Gummihandschuhe. Die allgemeine Sterblichkeit beträgt 3,6%; die 500 ersten Köliotomien gaben 5,2% Mortalität, die zweiten 500 2%. — Der Unterschied wird nicht dem »verstärkten Wundschutz« verdankt, sondern dem etwas leichteren Material und der größeren Dexterität und ausgebildeteren Technik der am Material beteiligten Operateure, die natürlich bei den zweiten 500 Operationen schon mehr Übung und Gewandtheit besaßen. — Die Einführung der Gummihandschuhe hat kein wesentliches Plus gezeitigt. Das ersieht man aus dem Vergleiche von 171 Operationen aus den Jahren 1910/11 ohne Handschuhe und 135 Operationen von 1911/12 mit Handschuhen; die Prozente der idealen Heilungen sind bei den letzteren kaum günstiger als bei den ersteren; allerdings gibts bei den letzteren weniger schwere, langdauernde Bauchdeckeneiterungen. — Während der Tod an septischer Peritonitis bedeutend zurückgegangen ist, ist der Tod an Embolie ebenso stark in die Höhe gegangen, ein merkwürdiger Umstand, auf den D. besonders hinweist, und der das Prozent der Todesfälle auf dem alten Niveau erhält. — In den zweiten 500 Fällen ist gegen die ersten 500 das Prozent der reaktionslos verlaufenen Fälle um ein bedeutendes gestiegen und erreichte 83,4%. — Als Endergebnis seiner Übersicht spricht sich D. dahin aus, daß die größte Bedeutung für den Erfolg der Köliotomien die Operationstechnik hat, ob mit oder ohne Handschuhe, sei ziemlich gleich.

G. Bohnstedt (St. Petersburg).

34) **Max Cohn** (Berlin). **Die atmosphärische Luft im Abdomen nach Laparotomien.** (Berliner klin. Wochenschrift 1913. Nr. 29.)

Luftansammlung im Abdomen nach Laparotomie wurde zuerst von Werner röntgenographisch nachgewiesen. Verf. konnte den Befund durch Untersuchungen am Menschen und Tier bestätigen. Meistens ist das Verbleiben von Luft in der Bauchhöhle ohne bedeutenden Einfluß. Resorption findet nach 8—14 Tagen statt. Der Bakteriengehalt ist anerkanntermaßen ohne ernstere Bedeutung. Das dynamische Moment kann aber doch unter Umständen Störungen veranlassen. Jedenfalls ist bei postoperativer Tympanie daran zu denken, daß diese nicht immer durch Gasauftreibung der Därme hervorgerufen zu sein braucht, sondern auch durch das Verbleiben größerer Luftmengen in abdomine.

H. Fuchs (Danzig).

35) **O. Müller** (Hongkong). **Warnung vor einer Catgutnaht der Bauchfascie.** (Therapeutische Monatshefte 1913. Hft. 10. p. 728.)

Bericht über einen Fall von Ovarialcyste links und faustgroßem Teratom rechts, nach deren Exstirpation mittels Laparotomie — der man die Appendektomie anschloß (warum? Ref.) — die ganz mit Hartmann'schem Catgut

Digitized by Google

genähte Bauchnaht am 9. Tage wieder aufplatzte. Am 4. Tage post operationem wurde zudem ein Typhus abdominalis konstatiert. Verf. ist der Ansicht, daß dieses Wiederaufplatzen einer Bauchwunde an einer typhuskranken Frau ohne einen ersichtlichen Grund erfolgt sei, da der Typhus an und für sich die Schuld nicht tragen könne, das Catgut tadellos gewesen sei, Meteorismus oder Bauchschnittinfektion nicht bestanden habe, und er kommt demgemäß, auf eine Warnung Mikulicz' zurückgreifend, zu der in der Überschrift angeführten Ansicht. Ob freilich die vom Autor angestellten Erwägungen allgemeine Billigung finden, erscheint Ref. zweifelhaft. Hesse (Greifswald).

36) **Wolf Berlowitz. Über Knochenbildungen in der Laparotomienarbe.** Inaug.-Diss., Breslau, 1913.

Zusammenstellung von 16 Fällen von Knochenbildung in der alten Laparotomienarbe im Anschluß an zwei, in der Breslauer Frauenklinik beobachtete Fälle. Nach Besprechung der verschiedenen Ansichten über die Ätiologie dieser Knochenbildung kommt B. zu dem Schluß, daß eine stärkere funktionelle Beanspruchung als eine wesentliche Ursache dieser Knochenbildung anzusehen ist. Bei den angeführten Fällen war eine solche stets anzunehmen, bedingt durch Ascites, Hernienbildung, Hämatombildung oder Eiterungen in der Laparotomiewunde oder infolge von Lungenaffektionen. Kaufmann (Breslau).

37) **A. Kawczynski. Klinische Betrachtungen zur Laminariadilatation.** Inaug.-Diss., München, 1912.

K. hat aus der II. gynäkologischen Klinik in München 50 Fällen gesammelt, in denen eine Laminariadilatation der Cervix zur Aborteinleitung oder zur Behandlung der Dysmenorrhöe vorgenommen wurde. Er kam dabei zu dem Resultate, »daß die gegen die Methode der Laminariadilatation ins Feld geführten Vorwürfe bei richtiger Technik und peinlicher Asepsis sich als unberechtigt erweisen, sowie daß die Verwendung der Laminaria für die reinen Fälle von Aborteinleitung in den ersten 4 Monaten, ferner eventuell zur Vorbereitung der Metreuryse in den späteren Monaten, endlich zur Uterusdilatation aus diagnostischen und therapeutischen Rücksichten das schonendste und bei Beachtung der nötigen Vorsichtsmaßregeln das ungefährlichste Verfahren darstellt.

L. Nürnberger (München).

38) **M. Abramson. Hämatometra nach Abrasio.** Inaug.-Diss., München, 1913.

Im Anschluß an sechs kurz angeführte, einschlägige Fälle aus der Literatur beschreibt Verf. einen an der Univ.-Frauenklinik beobachteten Fall. Es handelte sich um eine 29jährige IVpara, bei der im März 1912 wegen sehr starker, mit heftigen Schmerzen verbundener Menses außerhalb der Klinik curettiert worden war. Nach dieser Curettage blieben die Menses aus, es traten beständige Schmerzen auf, die sich steigerten zu der Zeit, in der die Periode erwartet wurde. Bei der in der Klinik vorgenommenen Untersuchung ergibt sich der Muttermund für die Sonde nicht passierbar, Uterus etwas vergrößert, rechte Tube in einen kleinen, druckempfindlichen Tumor verwandelt; deswegen am 8. I. 1913 Laparotomie und Totalexstirpation des Uterus und seiner Adnexe. Diagnose: Hämatometra, Hämatosalpinx, Pelveoperitonitis chronica adhaesiva. Pat. geheilt entlassen.

Eisenreich (München).

Digitized by Google

39) **Esther Kadisch. Kolpotomia posterior zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken.** Inaug.-Diss., München, 1912.

Verf. schildert zunächst unter ausgedehntester Berücksichtigung der deutschen und ausländischen Literatur die Geschichte der vorderen und hinteren Kolpotomie von Atlee (1857), McGoodell (1877) und Gaillard Thomas (1878) an bis auf die neueste Zeit. Döderlein's Verdienst ist es, die vorher im großen und ganzen nur zu therapeutischen Zwecken verwendete Kolpotomia posterior auch als diagnostisches Hilfsmittel in den Operationsschatz der Gynäkologie aufgenommen zu haben. Ihr Anwendungsbereich erstreckt sich auf alle Fälle von zweifelhafter Tubargravidität, von unklaren Fällen von Peritonitis, Douglasabszessen, endlich auf alle Fälle von Verdacht auf Uterusruptur, mag es sich nun um Fälle von Perforation nach intrauterinen Eingriffen oder von kriminellem Abort handeln. Im Anschluß daran bringt Verf. mehrere Krankengeschichten von diagnostischer und auch therapeutischer Kolpotomia posterior. — Die in der Münchener Universitäts-Frauenklinik geübte Technik ist folgende: Die Portio wird mit Hakenzangen angehakt und von einem Assistenten nach oben gezogen, so daß sich die hintere Vaginalwand anspannt. Nun wird mit dem Paquelin die hintere Scheidenwand und das Peritoneum in der Mittellinie der Länge nach durchtrennt. Wenn nötig werden an der Grenze von Portio und hinterer Scheidewand noch zwei kurze Querschnitte gesetzt. Je nach dem konstatierten Befunde wird die Peritoneal- und Scheidenwunde wieder mit einigen Catgutnähten vereinigt oder die (vaginale oder abdominelle) Operation angeschlossen.

L. Nürnberger (München).

40) **Palefsky (New York). Neue und verbesserte Duodenalinstrumente und Technik der schnellen Intubation des normalen Duodenums.** (New York med. Journ. 1913. Bd. XCVIII. Nr. 16. p. 75.

Technisch verbesserte Duodenaltuben durch die im Gegensatz zu den bisher bekannten Modellen von Groß und Einhorn die Intubation des Duodenums in wenigen Minuten ermöglicht wird. Ein mit einer bleivergoldeten Olive beschwerter Schlauch wird in den Pharynx eingeschoben und vom Pat. verschluckt. Bei rechter Seitenlage des Pat. gleitet dann die Olive entlang der kleinen Kurvatur durch den Pylorus in das Duodenum. Durch Aspiration kann man sich jederzeit über die Lage der Olive überzeugen. Wenn das Instrument auch im wesentlichen intern-medizinischen diagnostischen und therapeutischen Zwecken dienen soll, so ist es für den Gynäkologen und Abdominalchirurgen in Fällen von akuter Magendilatation (arterio-mesenterialem Duodenalileus) vielleicht doch von praktischem Wert.

Schottelius (Hamburg).

Originalmitteilungen und Referate für das Zentralblatt wolle man an *Prof. Dr. W. Stoeckel* in Kiel, Monographien, Sonderdrucke und Bücher-sendungen an *Prof. Dr. W. Stoeckel* oder an die Verlagshandlung von *Johann Ambrosius Barth*, Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. W. Stoeckel in Kiel.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Digitized by Google

Zentralblatt für Gynäkologie

begründet von HEINRICH FRITSCH

herausgegeben von

WALTER STOECKEL in Kiel.

37. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 52. Sonnabend, den 27. Dezember 1913.

Inhalt.

Originalien: I. **M. Traugott**, Über die Ätiologie und Prophylaxe der endogenen puerperalen Infektion. — II. **I. Braude**, Uterusperforation mit Abreißen des Wurmfortsatzes und multiplen perforierenden Darmverletzungen operativ geheilt. — III. **W. Jonas**, Über puerperale Uterusinversion.

Neue Bücher: 1) **Baisch**, Leitfaden der geburtshilflichen und gynäkologischen Untersuchung. — 2) **Burckhardt**, Joseph Servatius von d'Outrepont. — 3) **Fischer**, Sozialhygienischer Gesetzentwurf.

Berichte: 4) Geburtshilfliche Gesellschaft zu Hamburg.
Lomer, Tubarabort. — **Lienau**, Generationspsychosen.

Allgemeine Geburtshilfe: 5) **Morley**, Kalkgehalt des Blutes. — 6) **Taussig**, Bildung der Striae. — 7) **Fabre**, Hysterographie. — 8) **Voogd**, Einfluß des Alters auf die Dauer der Geburt. — 9) **Harrison**, 10) **Cragin**, Wehenschwäche. — 11) **Harper**, Dystokie. — 12) **Haneberg**, Beckenendlagen. — 13) **Wehner**, Tod der Mütter.

Ovarium: 14) **Norris**, 15) **Barjaktarowitsch**, Ovariotumoren in der Gravidität. — 16) **Bertolini**, Vereiterte Dermoidcyste. — 17) **Puech u. Vanverts**, Einbettung und Corpus luteum. — 18) **Bertino**, Blutungen ovariellen Ursprunges. — 19) **Garin**, Stieldrehung. — 20) **Silhol**, Ovariencysten. — 21) **Giltscher**, Endotheliome der Eierstöcke. — 22) **Bortkewitsch**, Myoma sarcomatodes ovarii. — 23) **Lapeyre**, Appendicitis und Ovarien.

Vulva und Vagina: 24) **Trapl**, Aktinomykosis vulvae. — 25) **Koslowski**, Pruritus vulvae. — 26) **Winkelmann**, Vulvakarzinom. — 27) **Schwalbimair**, Myxofibroma labii majoris. — 28) **Rachfahl**, Pfählungsverletzungen. — 29) **Jaworski**, Verletzung von Scheide und Mastdarm. — 30) **Abraham**, Fluor. — 31) **Dreuw**, Druckscheidenspülungen. — 32) **Pellegrino**, Vaginale Hämatome. — 33) **Kaufmann**, Masturbation.

I.

Aus der Städtischen Frauenklinik in Frankfurt a. M.
Direktor: Prof. Dr. Walthard.

Über die Ätiologie und Prophylaxe der endogenen puerperalen Infektion.

Von

Dr. Marcel Traugott, I. Assistent der Klinik.

In Nr. 7 des laufenden Jahrganges dieser Zeitschrift habe ich mit Goldstrom zusammen über 902 Kreißende berichtet, bei denen wir die Frage der prognostischen Bedeutung des Vorkommens von Steptokokken im Vaginalsekret Kreißender auf den Verlauf des Wochenbetts studiert haben. Die genaueren Zahlen und Tabellen sind von Goldstrom (Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. LXXIII. p. 737) publiziert worden. Das Material, über das wir damals berichtet haben, stammt aus dem Jahre 1911/12.

Wir haben nun auch im Jahre 1912/13 die systematische bakteriologische Untersuchung des Vaginalsekrets aller auf dem aseptischen Kreißsaal der Frank-

Digitized by Google

furter Frauenklinik entbundenen Frauen fortgesetzt. Die Auswahl der Fälle blieb genau die gleiche: Fortlassen aller Pat., die mit an sich schon Fieber erzeugenden Allgemeinerkrankungen behaftet waren, Fortlassen aller Frauen, die mit ausgesprochenen Erscheinungen von Infektion eintraten, nur Geburten am Ende der Zeit oder jedenfalls in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft.

Die ausführliche Publikation der Ergebnisse unserer Untersuchungen in diesem II. Jahrgang wird durch Herrn Medizinalpraktikant Seligmann erfolgen; ich will nur hier kurz über die Resultate, die wir aus den Untersuchungen beider Jahre erhalten haben, berichten:

Unser Material, das wir zur Beantwortung unserer Fragestellung von den beiden Jahren verwenden können, beträgt im ganzen 1994 Frauen. — Alle diese Frauen wurden, genau wie die der ersten Untersuchungsserie, mit Ausnahme der operativ entbundenen, ausschließlich rektal mit sterilem Handschuh untersucht, wobei der untersuchende Zeigefinger zum Überfluß noch mit einem sterilen Gummifinger (über dem Handschuh) geschützt wurde. Dauer des Wochenbetts, Temperaturmessung, Vorbereitung der Kreißenden usw. blieb alles unverändert.

Bei diesen 1994 Frauen endete die Entbindung:

I. Spontan in 1851 Fällen (darunter 72 enge Becken).
II. Durch Manualhilfe bei Beckenendlage: in 75 Fällen.
III. Durch Operationen per vias naturales (Zange, Wendung, Perforation) in 68 Fällen.

Es fieberten im Wochenbett über 38° axillar:

	Ohne Streptokokken	Mit nichthämolytischen Streptokokken	Mit hämolytischen Streptokokken
Spontane Geburten	Von 971: 93 = 9,57%	Von 821: 70 = 8,53%	Von 59: 6 = 10,17%
Beckenendlagen mit Manualhilfe	Von 28: 3 = 10,71%	Von 45: 4 = 8,88%	Von 2: 0 = 0%
Operationen per vias naturales	Von 32: 8 = 25%	Von 35: 5 = 17,14%	1 Pat., die eine einmalige Temperatursteigerung auf 38,5° hatte

Die Resultate dieser Tabelle sind durchaus gleichlautend den Ergebnissen unserer ersten Untersuchungsserie:

In allen drei Gruppen von Kreißenden, gleichgültig wie der Geburtsverlauf war, ist ein zur Prognosenstellung verwertbarer Unterschied zwischen den Frauen mit und ohne Streptokokken nicht vorhanden.

In allen drei Gruppen fieberten die Frauen mit anhämolytischen Streptokokken im Vaginalsekret prozentual seltener als die Frauen, bei denen Streptokokken ganz fehlten.

Was die hämolytischen Streptokokken anlangt, so ist die Differenz von 0,6% zwischen den Spontangebärenden mit hämolytischen Streptokokken und denen ohne Streptokokken und von 1,64% zwischen den ersteren und den Frauen mit anhämolytischen Streptokokken zu gering, um Schlüsse daraus ziehen zu können.

In Gruppe II (Beckenendlagen mit Manualhilfe) fieberte von den Frauen mit hämolytischen Streptokokken überhaupt keine.

In Gruppe III haben wir nur eine einzige Pat., die hämolytische Streptokokken im Vaginalsekret hatte und operativ entbunden wurde. Diese Pat. hatte

Digitized by Google

ein einziges Mal einen Temperaturanstieg bis 38,5°, machte im übrigen ein fieberfreies Wochenbett durch und ist natürlich für eine Statistik nicht zu brauchen.

Vereinfachen wir diese Statistik und ziehen die einzelnen Rubriken zu möglichst großen Vergleichszahlen zusammen, indem wir keine Rücksicht mehr auf den Geburtsverlauf nehmen und auch nicht mehr die hämolytischen und anhämolytischen Streptokokken trennen, so erhalten wir folgende Zahlen:

Von 1994 Frauen hatten	keine Streptokokken	hatten Streptokokken
	1031	963
Davon fieberten		
über 38° axillar	104 = 10,08%	87 = 9,03%.

Das heißt von den Frauen die streptokokkenfrei waren, fieberten rund 1% mehr als von den Streptokokkenträgerinnen.

Und wenn wir, wie im vorigen Jahrgang, die Fieberdauer, d. h. die Häufigkeit der Temperatursteigerungen im 9 Tage dauernden Wochenbett bei 2mal täglicher Messung berechnen, so ergibt sich:

Temperatursteigerungen über 38° hatten:

von 1031 Kreißenden ohne Streptokokken jede 0,28mal,
» 963 » mit » » 0,20mal.

Das heißt also auch die Schwere der einzelnen Wochenbettserkrankungen war bei den streptokokkenfreien Parturientes eher etwas höher, als bei den Streptokokkenträgerinnen.

Nun hat Sachs in Nr. 17, 1913 dieser Zeitschrift in einer Erwiderung auf eine Arbeit von Joetten aus der Klinik Bumm's wiederum betont, daß »der Nachweis hämolytischer Streptokokken an sich, wenn man über ihre Menge nichts weiß, gar nichts zu sagen hat«.

Da wir nun neben der von Sachs verworfenen Bouillon stets auch einen Oberflächenausstrich auf eine alkalische Agarplatte angelegt haben, sind wir über die Quantität der von uns gefundenen Streptokokken in allen Fällen orientiert und haben unsere Protokolle des II. Jahrgangs auch nach der Menge der nachgewiesenen Streptokokken geordnet. Ich will auf die gefundenen Zahlen hier nicht näher eingehen — sie werden von Herrn Dr. Seligmann ausführlich publiziert werden —, ich will nur als Resultat dieser Untersuchungen mitteilen, daß auch die Berücksichtigung der quantitativen Verhältnisse an unseren Resultaten durchaus nichts ändert. Weder nimmt die Morbidität im Wochenbett zu mit der wachsenden Zahl der auf der primär beimpften Agarstrichplatte gewachsenen Streptokokken, noch ergibt ein Vergleich der Fälle, bei denen die Streptokokken nur in der Bouillon gewachsen sind, mit den Fällen, bei denen sie in Bouillon und auf der Platte nachweisbar waren, irgendeinen verwertbaren Unterschied im Sinne einer Verschlechterung der Prognose für den Verlauf des Wochenbetts bei den letzteren.

Unsere Resultate sind um so beweisender, als ja von allen Autoren anerkannt wird, daß der Oberflächenausstrich auf Blutagar ein für den Nachweis von Streptokokken erheblich feinerer Nährboden ist, als die von uns verwandte alkalische Agarplatte.

Die Gesamtzahl der von uns untersuchten Fälle bestätigt durchaus das Ergebnis der ersten Serie, »daß es für die Prognose des Wochenbetts nicht fiebernder Kreißender bei ausschließlich rektaler Untersuchung ganz gleichgültig ist, ob Streptokokken im Vaginalsekret ante partum vorhanden sind oder nicht.« Und sie erweitert es noch insofern, als sie zeigt, daß an diesem Resultat auch die Berücksichtigung der Anzahl der gefundenen Streptokokken nichts ändert.

Digitized by Google

Es wird durch das Resultat unserer Untersuchungen an fast 2000 Kreißenden bewiesen, daß zum Zustandekommen der spontanen oder artefiziellen endogenen Infektionen die im Vaginalsekret Kreißender vorhandenen Streptokokken eine gegenüber anderen Faktoren nur ganz untergeordnete Rolle spielen.

Ich zweifelte deshalb auch a priori an der Notwendigkeit und Nützlichkeit der von Zweifel und Schweitzer empfohlenen Milchsäurespülungen in graviditate. Zweifel und Schweitzer wollen durch tägliche Spülungen mit 5‰iger Milchsäure das nach chemischen, makro- und mikroskopischen und kulturellen Kriterien als pathologisch erkannte Vaginalsekret Schwangerer »in über 90% in normales umwandeln, insbesondere aus streptokokkenhaltigem Sekret in 89% die Streptokokken eliminieren«. Sie erreichen durch diese Spülungen bei ihren Pat. mit ursprünglich pathologischem Sekret dieselbe Morbidität von 7% im Wochenbett wie bei den Pat. mit ursprünglich normalem Sekret, die nicht gespült wurden.

Da nun unsere bisherigen Mitteilungen sich nur auf Kreißende bezogen, und da sicherlich in der Geburt, insbesondere nach dem Blasensprung ein Florawechsel in der Vagina stattfindet, kann Schweitzer mit Recht unsere Untersuchungen als nicht für seine Resultate in Frage kommend betrachten.

Ich habe deshalb die Protokolle unserer Hausschwangeren der beiden Jahrgänge 1911/13 durchgesehen, bei denen wir in gleicher Weise, wie bei den bisher nur berücksichtigten Kreißenden das Vaginalsekret bei der Aufnahme und dann wieder sub partu kulturell untersuchten.

Eine genügende Zahl von Untersuchungen nach den von Schweitzer verlangten Kriterien haben wir bis jetzt noch nicht, aber dieser Autor sagt selbst, daß manchmal aus mikroskopisch und chemisch »normalem« Sekret Streptokokken wuchsen. Ich habe mit O. M. Küster zusammen gezeigt, daß bezüglich der Streptokokkendiagnose in Uterus- und Vaginalsekret die einfach mikroskopische Untersuchung des Ausstrichpräparates nur in 8,7 bzw. 3% eine sichere Diagnose erlaubt. Ich glaube deshalb, daß man, wie Walthard es verlangt, das Hauptgewicht auf das Ergebnis der kulturellen Untersuchung zu legen hat, jedenfalls zum mindesten, daß alle Fälle, in denen Streptokokken in unseren Kulturen wachsen, als »spülbedürftig« im Sinne Schweitzer's anzusehen sind.

Wir haben in den Jahren 1911/12 bei 132 Hausschwangeren, die nach kürzerem oder längerem Aufenthalt in der Klinik niederkamen, das Vaginalsekret bakteriologisch untersucht. Dabei fanden wir:

I. Keine Streptokokken	in 84	Fällen
II. Anhämolytische Streptokokken	» 44	»
III. Hämolytische Streptokokken	» 4	»

Dem Geburtsverlauf nach handelte es sich um:

A. Spontane Geburten.	127mal,
B. Beckenendlagen mit Manualhilfe.	2mal,
C. Operationen per vias naturales	3mal.

Die Zahlen sind natürlich viel zu klein, um wie bei unseren Kreißenden, die einzelnen Gruppen gesondert zu besprechen. Es interessiert uns ja auch hier nur die Frage des Einflusses des »normalen« und »pathologischen« Vaginalsekrets in graviditate auf den Verlauf des Wochenbetts.

Stellen wir deshalb Gruppe I gegenüber Gruppe II und III ohne Rücksicht auf den Geburtsverlauf, so ergibt sich:

von 84 Schwangeren ohne Streptokokken im Vaginalsekret fieberten im Wochenbett 6 = 7%,

Digitized by Google

von 48 Schwangeren mit Streptokokken im Vaginalsekret fieberten im Wochenbett 4 = 8,3%.

(Von den 4 Schwangeren mit hämolytischen Streptokokken, die alle 4 spontan niederkamen, fieberte keine!) Dieser geringe Unterschied von 1,3% zugunsten der streptokokkenfreien Schwangeren, der natürlich durch eine Zufälligkeit in dem kleinen Material bedingt ist, verschwindet, wenn wir wieder, genau wie bei unseren Kreißenden, die Schwere des »Wochenbettfiebers« berücksichtigen, indem wir berechnen, wie oft jede einzelne Pat. im Wochenbett Temperatursteigerungen hatte bei 2mal täglicher Messung und einer Wochenbettsdauer von 9 Tagen.

	84 Schwangere ohne Streptokokken im Vaginalsekret hatten zusammen im Wochenbett Temperatur. von	d. h. jede	48 Schwangere mit Streptokokken im Vaginalsekret hatten zusammen im Wochenbett Temperaturen von	d. h. jede
bis 37	1458 mal	17,36 mal	826 mal	17,21 mal
37,1—37,5	218 „	2,60 „ 20,46	105 „	2,20 „ 19,83
37,6—38	41 „	0,50 „	20 „	0,42 „
38,1—38,5	6 „	0,07 „	5 „	0,10 „
38,6—39	3 „	0,03 „	2 „	0,04 „
39,1—39,5	0 „	0 mal (0,1) **0,08**	0 „	0 mal (0,14) **0,12**
39,6—40	0 „	0 „	0 „	0 „
über 40	0 „	0 „	0 „	0 „

Aus der Tabelle ergibt sich, daß 84 Schwangere ohne Streptokokken im Vaginalsekret, zusammen, im Wochenbett 9mal Temperatursteigerungen über 38° hatten, d. h. jede einzelne 0,08mal. 48 Schwangere mit Streptokokken, zusammen, 7mal, d. h. jede einzelne 0,12mal (umgerechnet auf die durchschnittliche Dauer des Wochenbetts).

Der Unterschied zwischen beiden Serien von Frauen ist also so gut wie Null.

Unser Material bakteriologisch untersuchter Schwangerer ist fast ebenso groß, wie das Schweitzer's, unser Material von streptokokkentragenden Schwangeren ist größer. Ein Vergleich ist deshalb gestattet.

Wie schon oben erwähnt, legt Schweitzer auf seine Streptokokkenfälle ganz besonderen Wert, da »wie bekannt, von allen pathologischen Sekreten im Hinblick auf das Puerperium gerade diejenigen die gefürchtetsten darstellen, welche Streptokokken enthalten«.

Von 36 Fällen, in denen er Streptokokken fand und »die er vor allem in dem Bereich der Betrachtung ziehen möchte«, kommen 27 zur Beurteilung des Spüleffekts in Betracht. Von diesen Fällen verschwanden die Streptokokken in 24 Fällen nach 7—22 Tagen. Unter den 36 Fällen fieberten im Wochenbett 3, von denen aber 1 vor der ersten Spülung schon niederkam.

Von unseren 48 Frauen mit Streptokokken im Vaginalsekret fieberten überhaupt 4 Frauen, und zwar hatten sie zusammen 7mal Temperatursteigerungen über 38°, machten also ganz leichte Infektionen durch.

Das Resultat ist ungefähr das gleiche ohne Spülungen. Ein in Betracht kommender Unterschied in der Wochenbettsmorbidität bei unseren Schwangeren mit Streptokokken, die nach Schweitzer spülbedürftig waren, und den Schwangeren ohne Streptokokken besteht, wie aus der Tabelle hervorgeht, ebenfalls nicht.

Digitized by Google

Um noch kurz die Resultate des gesamten klinischen Materials Schweitzer's zu besprechen, gibt er folgende Zahlen[1]:

»Von den 1100 Schwangeren mit normalem Sekret fieberten 7,45%. Von allen 812 gespülten Schwangeren mit pathologischem Sekret fieberten 83 = 10,2%.«

Diese auf den ersten Blick zuungunsten der Milchsäurespülungen sprechenden Resultate erklärt er folgendermaßen:

»Bedenken wir, daß nach unseren Erfahrungen jedes pathologische Sekret von vornherein in höherem Maße zu puerperaler Infektion neigt als das normale, so müssen wir sofort in dem Morbiditätsprozent von 10,2 eine relativ niedrige Zahl sehen, und müssen schon dies als einen Erfolg der Milchsäuretherapie würdigen.«

Nach unseren Erfahrungen können wir die Prämisse dieses Satzes nicht bestätigen, denn sowohl bei unseren Kreißenden als bei unseren Schwangeren ist das streptokokkenhaltige Vaginalsekret, das auch nach Schweitzer u. a. das pathologische Sekret kat' exochen darstellt, wie wir gezeigt haben, ohne jeden Einfluß auf den Verlauf des Wochenbetts.

Dementsprechend ist auch bei seinen genügend lange gespülten Schwangeren die Mortalität (7,67%) eher etwas höher, als bei seinen überhaupt nicht gespülten Frauen (7,45%).

Ungenügende Milchsäurespülungen dagegen — und niemand weiß, ob er noch Zeit genug haben wird, genügend lange zu spülen — scheint die Morbidität im Wochenbett ganz erheblich zu steigern. Denn Schweitzer hat bei diesen Frauen rund 22% Wochenbettfieber.

Auch das Verschwinden der Streptokokken aus dem Vaginalsekret kann ich ohne weiteres nicht als einen Erfolg der Milchsäurebehandlung anerkennen. Denn bei der Durchsicht unserer Protokolle habe ich die interessante Beobachtung gemacht, daß von 48 Schwangeren, die ursprünglich Streptokokken im Vaginalsekret hatten, diese in 11 Fällen = 23% nach 5—31 Tagen ganz spontan verschwanden, ohne jede Therapie und bei ausschließlicher Hygiene und Fernhaltung von Schädlichkeiten im Krankenhaus. Auf diese »Selbstreinigung« der Scheide gewisser Individuen und bei gewissen Streptokokkenstämmen haben zuerst Menge und Krönig, dann auch Pankow hingewiesen, und haben sie durch systematische, experimentelle Untersuchungen bewiesen.

Sicherlich sind die Untersuchungen Schweitzer's über den durch die Milchsäure hervorgerufenen Florawechsel sehr interessant und wertvoll — wir haben bei gynäkologisch kranken Pat. mit bakteriellen Entzündungen der Scheide in einigen Fällen sehr gute Erfahrungen damit gemacht —, aber den klinischen Beweis für den Wert der Spülungen für die Prophylaxe des Wochenbettfiebers können wir nicht als erbracht ansehen.

Literatur:

Goldstrom, Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. LXXIII. 1913.
Menge und Krönig, Monographie 1897.
Pankow, Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1913.
Sachs, Zentralblatt für Gynäkologie 1913. Nr. 17.
Schweitzer, Monographie bei S. Hirzel. 1913.
Traugott und Goldstrom, Zentralblatt für Gynäkologie 1913. Nr. 7.
Traugott und Küster, Monatschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1912. VI.
Walthard, Archiv für Gynäkologie Bd. XLVIII. 1895.
Zweifel, Verhandlungen der Deutschen Naturforscher-Gesellschaft Wien. 1913.

[1] Anmerkung: Es fehlt in der Statistik Schweitzer's die Angabe über die Schwere und Dauer der Infektionen im Wochenbett seiner Pat. Bei der einfach prozentualen Berechnung bekommt man darüber durchaus kein Bild, und wir halten mit Menge und Krönig eine solche Statistik für ungenügend, da man dabei Fehlschlüssen zu leicht ausgesetzt ist.

Digitized by Google

II.

Aus der Frauenklinik von Prof. Dr. P. Strassmann (Berlin).

Uterusperforation mit Abreißen des Wurmfortsatzes und multiplen perforierenden Darmverletzungen operativ geheilt[1].

Von

Dr. med. I. Braude,

Assistent der Klinik.

Ein nicht alltäglicher Fall von Uterusperforation kam im Herbst dieses Jahres in unsere Behandlung.

Es handelte sich um eine 39jährige Witwe, die sonst immer gesund war. Sie hatte 4mal geboren und 1mal abortiert. Seit 4 Monaten blieb bei ihr die Menstruation aus. Seit 10 Tagen hatte Pat. heftige Kreuzschmerzen, Fieber und in den letzten Tagen mehrmals Schüttelfrost. Seit 3 Tagen Blutungen, die an dem Tage der Einlieferung in die Klinik nach einem Sturz von der Treppe so stark wurden, daß ein Arzt zugezogen werden mußte. Dieser Arzt hat nach seinen eigenen Angaben wegen Fieber (38,8) und starken Blutungen die Ausräumung des Uterus vorgenommen. Da der Muttermund für den Finger nicht durchgängig war, führte er in den Uterus die Kornzange ein, um den Fötus zu eliminieren, brachte aber bald etwas heraus, was er sofort als abgerissenen Wurmfortsatz diagnostizierte. Da es stark blutete, curettierte er die Frau bis, wie er dachte, der Uterus leer wurde und machte dann noch eine Uterusspülung. Um keine Zeit auf Bestellung eines Krankenwagens zu verlieren, nahm er die Frau in eine Droschke und brachte sie in die Klinik. Den Weg von der Haustür bis zum Fahrstuhl machte die Pat. zu Fuß.

Als ich jetzt die Frau sah, hatte sie einen gut gefüllten, langsamen Puls (80), Temperatur 38,5. Sie sah blaß aus und klagte wenig über Schmerzen im Leibe. Das Abdomen war etwas aufgetrieben, überall leicht druckempfindlich, besonders rechts unter dem Nabel. Aus den Genitalien blutige Absonderung.

Bei der inneren Untersuchung fand sich der Muttermund für den Finger nicht durchgängig; keine Läsion des Scheidengewölbes oder der Cervix.

Das strangförmige Gebilde, das der Arzt mit der Kornzange aus dem Uterus holte und mitbrachte, ist tatsächlich der vom Mesenteriolum abgerissene Wurmfortsatz. Da es sich zweifellos um eine Uterusperforation mit Darmverletzung handelte, schritten wir zur Laparotomie (Verf.).

Zwischen dem Entstehen der Perforation und dem Anfang der Operation vergingen etwa $1^1/_2$—2 Stunden. Chloroformnarkose, Schnitt in der Medianlinie zwischen Nabel und Symphyse etwa 8 cm lang. Beim Eröffnen des Peritoneums preßt Pat. plötzlich und eine Dünndarmschlinge wird etwas lädiert und sofort übernäht. Flüssiges Blut im Abdomen. Der Darm wird ausgepackt und es finden sich bald drei perforierende Verletzungen der unteren Ileumschlingen. Die eine Schlinge ist fast quer durchtrennt. Die Ränder sich leicht gequetscht, sehen aber noch frisch aus. Dünndarminhalt fließt aus den Darmlöchern heraus. Naht des Darmes, durchgreifend mit Seide und seroso-serös mit Catgut. Einige oberflächliche Läsionen werden übernäht. Das Mesenterium ist an mehreren Stellen suffundiert; ein paar kleine blutende Gefäße werden umstochen. Netz intakt.

[1] Nach einer Demonstration in der Berliner gynäkologischen Gesellschaft.

Digitized by Google

Der ganze Darm wird abgesucht. Man gelangt an das Coecum, das stark suggiliert und von der Serosa fast entblößt ist. Ein Stück des Wurmfortsatzes ist noch daran. Blutung aus dem abgerissenen Mesenteriolum. Es wird umstochen. Appendixrest wird an der Wurzel abgetragen und der Stumpf mittels Lembert-Nähte versenkt. Das Coecum wird mit Serosa bedeckt. Im Douglas findet man einen Teil der verknöcherten Wirbelsäule des Fötus. Jetzt wird der Uterus hervorgeholt. Im Fundus befindet sich ein bequem für den Finger durchgängiges, mit zerklüfteten Rändern versehenes Loch, aus dem es leicht blutet. Mit Rücksicht darauf, daß es sich um einen sicher infizierten Fall handelt, wird der Uterus exstirpiert, das Peritoneum mit der Scheide ringsherum vereinigt und ein Jodoformgazestreifen nach der Vagina geleitet. Das linke Ovarium ist ebenfalls verletzt und blutet. Es wird deshalb mitexstirpiert. Die Beckengruben werden peritonisiert.

Der postoperative Verlauf ist ein auffallend guter. Flatus gehen am 2. Tage ab; am 4. Tage spontaner Stuhlgang. Temperatur erreicht nur am 3. Tage einmal 37,8, sonst immer unter 37,0. In den ersten 8 Tagen bekommt Pat. flüssige Nahrung.

Die drainierende Gaze wird aus der Scheide am 6. Tage gekürzt, am 7. gezogen. Fäden werden am 9. Tage entfernt. Wunde, abgesehen von einer leichten Sekretion aus einem Stichkanal im unteren Wundwinkel, geheilt. Ein kleiner, dünner Gazestreifen wird im unteren Wundwinkel zur Drainage der oberflächlichen Fettnekrose eingelegt. Fascie ist geheilt.

Am 10. Tage verläßt Pat. das Bett. Am 11. Tage plötzlich Stiche im Rücken beim Atmen. Temperatur normal, Puls gegen früher etwas beschleunigt (100). Es bildet sich in der rechten Lunge ein deutlicher embolischer Infarkt. Nach 8 Tagen Bettruhe ist die Embolie überwunden. Pat. steht wieder auf, und am 23. Tage nach der Operation verläßt sie geheilt die Klinik.

Unser Fall stellt wieder ein Opfer des Gebrauches der Kornzange bei Ausräumung einer Fehlgeburt dar.

Wenn auch Martin auf dem X. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie meinte, daß solche Fälle nicht berechtigen, »die schulgerechte Anwendung der Kornzange als solche zu verurteilen«, weil »ein seiner Sinne nicht mächtiger Operateur mit der an sich besten Operationsmethode lebenbedrohenden Schaden anrichtet«, so stehen doch die meisten Autoren auf dem entgegengesetzten Standpunkte. Auf demselben X. Kongreß warnt Koblanck im Anschluß an seine Demonstration eines perforierten Uterus, wobei 60 cm Dünndarm und 5 cm Dickdarm mit der Kornzange vom Mesenterium abgerissen wurden, vor dem Gebrauch der Kornzange bei Fehlgeburten. Ihm schlossen sich auch Schatz und Winter an. Dieselbe Warnung sprechen Braun-Pernwald (Zentralblatt für Gynäkologie 1904, Nr. 37), Odebrecht (Zentralblatt für Gynäkologie 1897, Nr. 49) und andere aus. Wir können uns auch dem Ausspruch von Martin, »nicht das Instrument bildet die Gefahr, sondern der Mann, welcher es führt«, nicht anschließen.

Verletzen kann man unter gewissen Umständen oder bei gewisser Ungeschicklichkeit mit jedem Instrument, auch ohne Instrument mit bloßem Finger, aber die Art der Verletzungen ist dabei grundverschieden, und davon hängt zum größten Teil die Prognose und die Beurteilung des Falles ab. Solche Verletzungen wie mit der Kornzange wird derselbe Operateur mit Finger, Sonde, Hegarstift, oder sogar Curette unter keinen Umständen anrichten. Wenn mit diesen Instrumenten Darm vom Mesenterium auch abgerissen wird, wie z. B. in den Fällen

Digitized by Google

von Sigwart, Orthmann, Dührssen u. a., so sind es meistens keine den Darm perforierende Verletzungen, und es ergießt sich dabei kein Darminhalt in die Bauchhöhle, was einen sonst an sich aseptischen Fall gleich septisch machen würde. Die Kornzange aber reißt kraft ihrer Anwendungsart Stücke aus. Es resultieren daraus Substanzdefekte, die bei Perforationen anderer Art nicht vorkommen.

Für die Prognose und, was besonders wichtig ist, für unser therapeutisches Verhalten ist die Art der Perforation, das Instrument, mit dem perforiert wurde, und der infizierte oder nicht infizierte Uterusinhalt von größter Bedeutung.

Ist der Fall nicht infektionsverdächtig, wurde mit der Sonde perforiert oder mit dem Hegarstift oder Laminariastift oder mit dem Finger oder sogar mit der Curette, ohne daß das Intenstinum vorgezogen oder gar verletzt wurde, so muß jede weitere intrauterine Manipulation eingestellt werden; unter Bettruhe, Opium, beziehentlich Tamponade können solche Perforationen spontan heilen. Das beweisen zufällige Befunde von Narben an Uteris, die von einer vorherigen Sondierung oder Curette herrühren. Noch sicherer zeigen es Fälle, wo Netz im Uteruskavum eingeheilt gefunden wurde. So fand Küstner 2mal Netz im Uteruskavum, wo früher von anderer Hand curettiert worden ist (Vereinigung Breslauer Ärzte 19. Mai 1903). Heymann erwähnt in einer Zusammenstellung (Referat im Zentralblatt für Gynäkologie 1909, p. 749) 3 Fälle, in welchen Perforationen durch gelegentlich konstatiertes Einheilen von Netz im Uterus festgestellt wurde.

Ist durch die Perforation Darm oder Netz vorgefallen, ohne lädiert zu sein, so kann man auch in solch einem Falle (vorausgesetzt, daß der Fall nicht infiziert ist) unter Umständen riskieren, das Intestinum zu reponieren und den Uterus zu tamponieren. Von einem mit Erfolg so behandelten Falle berichtet Szekety (Zentralblatt für Gynäkologie 1909, p. 17—28). Allerdings mußte in diesem Falle der gequetschte Teil des Netzes reseziert werden. Dann wurde das Netz durch die Perforationsöffnung reponiert und der Uterus mit Jodoformgaze tamponiert. Glatte Heilung. Über einen ähnlichen Fall berichtet Fleischmann in der Wiener gynäkologischen Gesellschaft (Ref. Zentralblatt für Gynäkologie 1907), wo nach Reposition des Netzes durch die Perforationsöffnung und Tamponade des Uterus Genesung eingetreten ist.

Das sind aber Ausnahmefälle. Im allgemeinen wird man beim Vorziehen des Darmes oder Netzes operativ vorgehen, weil doch Läsionen dieser Organe oder Verletzungen des Mesenteriums dabei häufig vorkommen.

Bei dem abwartenden Verhalten bei reinen, unkomplizierten Perforationen muß man jedoch aufpassen, ob nicht eine stärkere Blutung nach außen oder nach innen, oder beginnende Peritonitis (im Falle Boldt trat die Peritonitis erst 50 Stunden nach der Perforation auf. Zentralblatt 1907, p. 1171) das Eingreifen doch erfordern wird.

Ein großes Loch im Uterus indiziert auch in reinen und unkomplizierten Fällen von vornherein die Operation, weil erstens große Verletzungen erfahrungsgemäß stärker bluten und der sofortige Eingriff die Pat. vor Anämie bewahren wird, zweitens, weil eine breite Narbe am Uterus (im Falle, daß die Verletzung auch spontan heilen würde) doch ein Locus minoris resistentiae schaffen wird, das bei einer späteren Geburt zur spontanen Uterusruptur führen könnte. Außerdem können, wenn der Uterus beim Entstehen der Perforation noch nicht leer war, Eireste durch die Perforationsöffnung in die Bauchhöhle gelangen und eine Peritonitis erzeugen. Dieser letzte Grund war z. B. in einem Falle von Halban maßgebend für die Exstirpation des Uterus (Zentralblatt für Gynäkologie 1904,

Digitized by Google

p. 1414). Hat man sich in einem reinen unkomplizierten Falle aus oben erwähnten Gründen entschlossen zu operieren, welchen Weg soll man dann wählen; den abdominalen oder den vaginalen?

Nach dem Prinzip unserer Klinik vaginal zu operieren, wenn es technisch ausführbar ist und wenn außer den Genitalien andere Bauchorgane nicht zu berücksichtigen sind, weil der Shock der vaginalen Operation, die Gefahr der Peritonitis und des Ileus geringer sind und postoperative Hernien dadurch vermieden werden, würden wir solche Fälle selbstverständlich vaginal operieren.

Bei unkomplizierten, aber infektionsverdächtigen Fällen wird man erst recht vaginal operieren mit breiter Drainage nach der Scheide.

Was soll nun in einem solchen Falle mit dem Uterus geschehen? Soll man ihn nähen oder exstirpieren? Bei sicher infizierten Fällen ist die Exstirpation das lebenssicherste. In nur infektionsverdächtigen Fällen muß man noch andere Momente berücksichtigen, ähnlich wie bei der Entscheidung bei Myomoperationen, ob man nur die Myome enukleiert und den Uterus zurückläßt, wodurch die Prognose etwas getrübt wird, oder den ganzen Uterus exstirpiert.

Ist die Frau nicht mehr jung und hat sie schon Kinder, so soll man lieber den sichereren Weg einschlagen und den Uterus exstirpieren. In unserem Falle war der Entschluß, den Uterus zu opfern, auch wenn die hohe Temperatur, die Darmverletzung, das Eindringen von Spülflüssigkeit und Uterusinhalt in die Bauchhöhle den Fall nicht so schwer kompliziert hätten, leicht, weil die Frau Witwe, 39 Jahre alt war und vier Kinder schon hatte.

Aber schon die Entscheidung, ob der Uterus infiziert ist oder nicht, ist oft schwierig; und Fälle, wie z. B. der von Schauta in der Wiener gynäkologischen Gesellschaft (21. Oktober 1907) mitgeteilte, wo eine Naht am zurückgelassenen Uterus durchschnitt und von hier aus die Infektion ausging und zur Bildung eines Abszesses hinter dem Uterus und letalem Ausgang führte, mahnen zur Vorsicht.

Als Verfechter der Totalexstirpation ist besonders die Wiener Schule hervorgetreten. So teilte Schauta in der Wiener gynäkologischen Gesellschaft (28. November 1911) 10 Fälle von Uterusperforationen mit, von denen er 9 mit Totalexstirpation operierte; 2 sind gestorben, aber keiner von diesen Todesfällen fällt der Totalexstirpation zur Last. Von den primär operierten ist keiner gestorben.

Halban teilt im Zentralblatt für Gynäkologie 1912, p. 608 7 Fälle von Uterusperforationen mit, von denen 2 schon mit bestehender Peritonitis in seine Behandlung kamen und letal endeten. Die anderen 5, unter denen auch Darmverletzungen waren, wurden laparotomiert, der Uterus wurde exstirpiert, und alle 5 sind genesen. Halban steht im allgemeinen auf dem Standpunkt, daß bei nicht einwandsfreier Asepsis der vorangegangenen Operation, bei starker Lazeration des Uterus, ferner, wenn der Darm verletzt worden war, der Uterus exstirpiert werden muß. Die 2 Fälle, die bereits mit Peritonitis in seine Behandlung kamen, bei denen die Infektion der Bauchhöhle ohne Verletzung des Darmes von der Perforationsöffnung aus stattgefunden hat, beweisen ihm die Gefahr des Zurücklassens des Uterus.

Wie lebensrettend die Totalexstirpation noch sein kann, zeigt ein Fall, der von Döderlein in der Münchener gynäkologischen Gesellschaft am 13. Juli 1911 (Ref. Zentralblatt 1912, p. 59) vorgestellt wurde. Bei einer Pat., die nach einer Uterusperforation moribund mit eitriger Peritonitis eingeliefert wurde, ist der Uterus exstirpiert, der verletzte Darm genäht, die Peritonealhöhle mit Kochsalz gespült worden. Pat. genas. Fromme demonstrierte in der Leipziger

Digitized by Google

gynäkologischen Gesellschaft einen Blasenmolenuterus im Fundus perforiert. Bei beginnender Peritonitis wurde die Totalexstirpation des Uterus gemacht, und die Pat. genas.

Es sind aber auch Fälle bekannt, wo bei Verletzungen des Darmes doch noch konservativ in bezug auf den Uterus vorgegangen wurde und die Pat. genas.

So berichtet in derselben Sitzung der Wiener gynäkologischen Gesellschaft Weibel aus der Wertheim'schen Klinik über einen Fall von Uterusperforation mit Zerstörung des S romanum. Bei der Laparotomie wurde das S romanum aus der Vagina in die Bauchhöhle zurückgezogen, die Darmwunde vernäht, der Uterus belassen, eine Drainage nach der Vagina gemacht, und die Frau genas.

In der neueren Zeit ist von der Bumm'schen Schule vorgeschlagen worden, bei infektionsverdächtigen Fällen zu laparotomieren, den Uterus zu vernähen und in den unteren Wundwinkel des parietalen Peritoneum einzupassen. Die peritonealen Ränder werden hinter dem Uterus an dessen Rückseite vereinigt; rings um den Uterus wird das Peritoneum fixiert und der verletzte Teil des Uterus auf diese Weise von der allgemeinen Bauchhöhle ausgeschaltet.

Nach diesem Prinzip wurden in der Bumm'schen Klinik 8 Frauen operiert. 4 hatten mehr oder weniger schwere Verletzungen der Intestina. Die Frauen waren zum Teil mit Fieber und infiziertem Uterusinhalt eingeliefert worden, und trotzdem genasen sie alle ohne Auftreten von Peritonitis. 3mal ging von der Perforationsstelle eine Infektion aus, die zu einem Bauchdeckenabszeß führte.

Wie wir schon hervorgehoben haben, steht unsere Klinik auf dem Standpunkt, daß, wenn bei einer Uterusperforation ohne Verletzung der Intestina, eine Operation nötig wird, der vaginale Weg gewählt wird. Bei Komplikation mit einer Darmverletzung wird man natürlich die Laparotomie ausführen, um den Darm zu nähen oder zu resezieren. Bei Uterusperforationen mit zangenförmigen Instrumenten, besonders mit der Kornzange, kommen aber Darmverletzungen erfahrungsgemäß sehr häufig vor. Das muß man wissen, denn nicht immer kommt das verletzte Intestinum zu Gesicht des Operateurs, und aus dem Verhalten von Puls, aus der Palpation des Abdomens und aus dem ganzen klinischen Bilde ist eine frische Darmverletzung nicht immer zu diagnostizieren. So war es z. B. in unserem Falle: Der Puls war regelmäßig, nicht besonders frequent, gut gespannt. Der Leib war nur wenig druckempfindlich, die Temperatur, die vor der Uterusperforation nach der Angabe des Arztes 38,8 betrug, fiel sogar bei der Einlieferung auf 38,5 herunter, so daß, wenn der Arzt den Wurmfortsatz nicht abgerissen hätte oder wenn das Instrument, mit dem perforiert wurde, uns nicht bekannt geworden wäre, wir diese so hochgradigen Verletzungen in den ersten Stunden aus dem klinischen Bilde allein nicht zu diagnostizieren imstande gewesen wären.

Dasselbe sah Halban in 2 von 7 (im Zentralblatt 1911, p. 506) publizierten Fällen, wo der Operateur kein Zeichen dafür hatte, daß der Darm verletzt war. Dagegen in einem anderen Falle, wo der Darm bis in die Vulva vorgezogen war, fand Halban nur Suffusionen und keine schwereren Verletzungen an demselben.

Wenn man aber den leisesten Verdacht hat, daß ein Intestinum verletzt worden sein könnte, muß laparotomiert werden, und das dürfte bei der Kornzange immer der Fall sein.

Wenn wir unseren Fall weiter analysieren, so kommen wir zu der Überzeugung, daß die Operation fast unmittelbar ($1^1/_2$—2 Stunden) nach der Perforation stattgefunden hat, zu einer Zeit, wo der Puls noch kräftig, die Anämie nicht

Digitized by Google

hochgradig waren und der Darminhalt, die Uterusflüssigkeit, sowie Teile der Frucht nicht lange in Berührung mit dem Peritoneum waren.

Ebenso große Bedeutung messen wir der Exstirpation des Uterus und der breiten Drainage nach der Vagina bei.

Es ist selbstverständlich unmöglich, mit Sicherheit zu sagen, wie der weitere Verlauf gewesen wäre, wenn in unserem Falle der Uterus nach dem Vorgehen von Bumm und Sigwart vernäht und extraperitoneal gelagert wäre. Daß die Frau auch dann genesen wäre, läßt sich jedenfalls auf Grund der Analogie mit den Sigwart'schen Fällen nicht behaupten, denn nach dem Grade des Infektionsverdachtes sind unser Fall und einzelne von seinen nicht gleichwertig. Im Falle Nr. 1 (Archiv für Gynäkologie Bd. C, Hft. 1) bestand vor der Perforation kein Fieber, die Verletzung des Darmes, der vom Mesenterium abgerissen war, war nicht perforierend, so daß kein Darminhalt in die Bauchhöhle kam. Im Falle 3 war die Temperatur 38,5. Intestina unverletzt. Im Falle 4 war die Temperatur normal, Darmverletzungen fehlten, nur aus den Blutmassen im Peritonealraum ließen sich Streptokokken züchten.

In den anderen Fällen, die gut endeten, war weder Fieber noch Darmverletzung da, so daß dringender Infektionsverdacht in diesen Fällen nicht vorlag.

In unserem Falle war die Temperatur 38,8 mit Schüttelfrost vor der Perforation und 38,5 vor der Laparotomie; Uterusspülflüssigkeit, Fruchtteile und Darminhalt gelangten in die Bauchhöhle und trotzdem keine Spur von Peritonitis. Wir glauben das hauptsächlich der Uterusexstirpation zu verdanken, die uns um so leichter fiel, als Pat., wie schon erwähnt, 39 Jahre alt, Witwe war und 4 Kinder schon hatte.

Bewundernswert ist die Fähigkeit des Peritoneums, mit der frischen Infektion fertig zu werden, besonders wenn man rasch durch Operation glatte Wundverhältnisse schafft. Vielleicht spielte hier eine Rolle die besondere Widerstandsfähigkeit des ganzen Organismus. Es war auffallend, wie gut der Puls nach der so hochgradigen Verletzung während der Operation und der Rekonvaleszenz war, auch dann noch, als Pat. einen embolischen Infarkt in der Lunge bekam, der sich in kurzer Zeit resorbierte.

III.

Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Greifswald.
Direktor: Prof. Dr. P. Kroemer.

Über puerperale Uterusinversion.

Von

Dr. med. Willi Jonas,

Assistenzarzt der Klinik.

Die Seltenheit, mit der es zur Ausbildung von puerperalen Uterusinversionen kommt, sowie die noch nicht zum Abschluß gelangte Diskussion über ihre Ätiologie, in die erst kürzlich ein neuer Gesichtspunkt hineingebracht wurde, geben die Veranlassung, zwei einschlägige Fälle mitzuteilen, die kurz nacheinander an der hiesigen Frauenklinik zur Beobachtung gelangten:

Am 3. März 1913 wird die 23jährige Ehefrau Anna D. eingeliefert. Sie will früher stets gesund gewesen sein. Die ersten Menses traten mit 14 Jahren auf, stets regelmäßig, ohne Beschwerden, 4—5 Tage andauernd. Sie machte drei Ent-

Digitized by Google

bindungen durch, von denen zwei ohne Störungen verliefen. Der letzte Partus fand am 26. Februar 1913 statt. Morgens setzten die ersten Wehen ein, abends erfolgte der Blasensprung und wenige Minuten später die Spontangeburt des Kindes. Da die Wöchnerin sehr viel Blut verlor, machte die Hebamme den Credé und zog gleichzeitig — wie von verschiedenen Seiten bekundet wurde — an der Nabelschnur, indem sie sich ihr Ende um zwei Finger wickelte. Nach Entfernung der Placenta stand zwar die Blutung, es traten aber verschiedentlich Ohnmachtsanfälle auf. Während der ersten Wochenbettstage war der Blutabgang immer noch beträchtlich. Am 3. Wochenbettstage wurde ein Abführmittel gegeben. 2 Tage später gelegentlich der Stuhlentleerung bemerkte die Wöchnerin, daß sich eine ausgedehnte Geschwulst vor die äußeren Genitalien herabsenkte. Der sofort hinzugezogene Arzt brachte sie in die Scheide zurück und ordnete die alsbaldige Überführung in die Klinik an.

Der Untersuchungsbefund ergibt, daß es sich um eine grazile, auffallend anämische Person handelt. Blutbefund: Hämoglobin nach Sahli 20%, Erythrocyten: 1 300 000, Leukocyten: 9000, Blutdruck nach Riva-Rocci 90. Temperatur 38,2° C (Achselhöhle). Puls 130, regelmäßig, weich. Herz: normale Grenzen, systolisches Geräusch über der Herzbasis. Lungen: ohne Besonderheiten. Urin: Albumen positiv, Saccharum negativ, Sediment: Plattenepithelien, zahlreiche Leukocyten.

Gynäkologischer Befund: Aus den Genitalien rinnt ein bräunlich-blutiges Sekret von fadem, nicht stinkendem Geruch. Bei der inneren Untersuchung findet sich die Vagina angefüllt mit einer weichen, kugelrunden Geschwulst, an deren Vorderfläche eine rissige Partie mit der im übrigen glatten Oberfläche stark kontrastiert. Im Becken fehlt der puerperale Uterus. Nach Entleerung der Blase wird vom Abdomen aus eine zwingenartig umgrenzte Vertiefung tastbar, in welche die Adnexstränge hineinziehen. Von der Vagina aus ist der Zusammenhang der erwähnten Geschwulst mit dem darüber liegenden Teil nicht festzustellen, da sich eine Portio oder ähnliches nicht erreichen läßt. Unter Druck von oben wird die Geschwulst aus der Vagina herausgepreßt, worauf sie sich sofort in die Länge zieht und im ganzen eine leicht von vorn nach hinten abgeplattete ovoide Form annimmt. Sie geht nach abwärts direkt in die schlaffe Scheidenwand über, von dieser durch eine 3 Querfinger breite, rosa gefärbte Zone getrennt. An dieser Übergangszone erkennt man deutlich die Zeichnung der Plicae palmatae cervicis. Somit ist ein Zweifel an der Deutung der Geschwulst ausgeschlossen, es handelt sich um eine totale Inversion des puerperalen Uterus. Die erwähnte rissige Partie an der Vorderfläche entspricht dem Placentaransatz, Tubenwinkel sind nicht festzustellen, da infolge der behinderten Zirkulation und der beginnenden Infektion eine allgemeine Schwellung eingetreten ist und die Niveau- und Farben, unterschiede verwischt hat. Am schwersten verändert ist die Placentarstelle an welcher tiefliegende Einziehungen bis zu 1 cm breit klaffen. Hier ist die Oberfläche mit graugrünem Sekret bedeckt, jede Berührung und jeder Versuch einer Reinversion führt wegen der Brüchigkeit der Ränder zu neuen Verletzungen. Da die Temperatur bereits auf 38,6 gestiegen ist, die bakterioskopische Untersuchung der Schleimhautbeläge des Uterus Streptokokken erkennen läßt und somit alles auf eine bereits eingetretene Infektion hindeutet, entschließt man sich zur sofortigen Entfernung des Uterus.

Die Operation wurde von Herrn Prof. Kroemer in Lumbalanästhesie vorgenommen. Es wurde der vaginale Weg gewählt. Der Sitz der Placenta an der vorderen Wand war Veranlassung, die hintere Wand zu spalten. Die Operation

Digitized by Google

gestaltete sich im einzelnen folgendermaßen: Nach sorgfältiger Desinfektion der Vulva und der Vagina wird der Uterus nach der Symphyse zu gezogen. Hierauf wird die ganze hintere Uteruswand durch einen Längsschnitt in der Mittellinie gespalten und das Abdomen durch einen Tampon abgeschlossen. Die Spaltung wird bis ins hintere Scheidengewölbe fortgesetzt, worauf der Uterus sich ohne Mühe reinvertieren läßt, bis die Placentarstelle verschwunden ist. Nunmehr werden die Adnexe und die Verbindungen des Uterus mit Klemmen versorgt und der letztere unter Erhaltung der Adnexe ausgelöst, bis er nur noch an seinen parametranen Wurzeln und Scheidenverbindungen hängt. Hierauf drängt der Finger die Gegend des vorderen Scheidengewölbes vom Douglas so vor, daß an dieser Stelle die cervicale Umschneidung vom Scheidengewölbe ihren Ausgang nimmt. Die Blase löst sich mit einigen Scherenschlägen und wird sofort mit Peritoneum bedeckt, welch letzteres an den vorderen vaginalen Wundrand angesäumt wird. In gleicher Weise wird auch das hintere Scheidengewölbe durchtrennt und der Wundrand mit Peritoneum umsäumt. Nach Versorgen und Absetzen der Douglasbänder wird der Uterus entfernt. Ersatz der Klemmen durch Umstechungsligaturen, wobei nach Möglichkeit Massenligaturen vermieden werden. Die spritzenden Gefäße werden einzeln unterbunden. Die Stümpfe werden in den seitlichen Wundwinkeln fixiert, oberhalb der Stumpfgegend wird nach Entfernung der Tamponade Blasen- und Douglasperitoneum durch fortlaufende Naht miteinander vereinigt und das Abdomen abgeschlossen. Nach Kürzung der Stumpffäden wird die Vaginalwunde durch Catgutnähte geschlossen, so daß die Stümpfe zwischen Peritoneum und Scheide liegen und mit keinem Abschnitt in die Vagina hineinragen.

Die Rekonvaleszenz verzögerte sich durch das Auftreten einer Thrombose der linken Vena femoralis und saphena. Allmählich erholte sich die Pat., der Blutbefund besserte sich, und am 20. April 1913 konnte sie entlassen werden.

Nach alledem handelte es sich bei unserer Pat. um eine komplette, akut im Wochenbett entstandene Uterusinversion. Die erste Frage war nun, ob wir es hier mit einer jener seltenen, spontan eintretenden Inversionen zu tun haben, oder ob ein Trauma für das Zustandekommen mit verantwortlich gemacht werden muß. Dafür, daß die Inversion unmittelbar nach der Geburt bzw. in der Nachgeburtsperiode zustande kam, sprechen außer dem starken Blutverlust, der nach der Beschreibung als atonischer gedeutet werden kann, die energischen Manipulationen zur Entfernung der Placenta und schließlich der schwere Shock, den die Pat. gleich danach erlitt und der ja bekanntlich eins der konstantesten Symptome der Inversio ist. Demnach nehmen wir an, daß die Uterusinversion — mindestens zum Teil — bereits mit dem Abschluß der Nachgeburtsperiode vorhanden war, daß sie aber erst vollständig wurde bzw. der Pat. und ihrer Umgebung zum Bewußtsein kam, als der Tumor durch wiederholte Tätigkeit der Bauchpresse — vielleicht gelegentlich des Stuhlgangs — vor die Vulva gepreßt wurde. Unser Fall ist also als traumatisch bedingter zu deuten. Wie von den meisten Autoren angenommen wird, gehört zum Zustandekommen einer spontanen oder einer traumatischen Uterusinversion ein Erschlaffungszustand der Gebärmutter, der entweder die gesamte Muskulatur betrifft oder aber nur die Placentarstelle und hiermit den Zustand veranlaßt, der als Paralyse der Placentarstelle bezeichnet wird. Dies schließt auch die Beobachtung von Küstner[1] nicht aus, der gelegentlich eines cervicalen Kaiserschnittes trotz ausgesprochener

[1] Gynäkol. Gesellschaft Breslau 15. III. 1910; ref. Zentralbl. f. Gyn. 1910.

Digitized by Google

Uteruskontraktionen das Zustandekommen einer Inversion beobachten konnte. Wie verhält es sich hinsichtlich dieses ätiologischen Faktors in unserem Falle? Anamnestisch war zu eruieren, daß kurz nach der Geburt eine bedrohliche Blutung einsetzte. Die Frau kam in äußerst ausgeblutetem Zustande in die Klinik. Weitere Aufschlüsse über das Bestehen einer Atonie mußte die histologische Untersuchung des Uterus liefern. Es wurden von der Placentarstelle zum Teil Gefrierschnitte gemacht, zum Teil Gewebsscheiben in Paraffin eingebettet. Die Schnitte wurden mit Hämatoxylin-Eosin, Weigert'schem Eisenhämatoxylin-van Gieson, auf elastische Fasern nach Weigert und Unna-Tänzer und auf Fibrin nach Gram gefärbt. In allen Schnitten fiel ein starkes Klaffen der placentaren Venen auf; die ganze Partie zeigte eine schwammige Beschaffenheit, die großen Venenlumina enthielten geschichtete, ziemlich frische Fibrinthromben. Nirgends sah man Gefäße, deren Wandungen dicht aneinander lagen. Ließ sich dieser Befund wohl mit der Annahme einer Atonie vereinbaren, so konnte doch die Beschaffenheit der Muskulatur hierfür keine sicheren Anhaltspunkte geben in Anbetracht etwaiger, sekundär nach Entfernung des Organs aufgetretener Kontraktionen. Jedoch mußte untersucht werden, ob irgendwelche histologische Veränderungen der Uteruswand das Eintreten der Nachblutung erklären konnten. Die Dicke des Organs war nicht herabgesetzt. Es mußte nun zunächst geprüft werden, ob eine erheblichere Abweichung in dem Mengenverhältnis zwischen Muskulatur und Bindegewebe vorlag. Wie schwierig es ist, hierüber ein Urteil abzugeben, vor allem aber, ob aus den Beziehungen der beiden Gewebsarten zueinander eine wichtige funktionelle Störung herzuleiten ist, dürfte allgemein bekannt sein. Trotzdem sind des öftern die erwähnten Verhältnisse als Ursache schwerer Blutungen im Wochenbett angesehen worden. Es sei nur auf die Mitteilung von Frank[2] verwiesen und auf die Arbeit von Labhardt[3], der eine Serie von fünf einschlägigen Fällen einer genauen histologischen Untersuchung unterzog. Unsere Befunde, die wir durch Vergleich mit anderen normalen Uteris zu bekräftigen suchten, waren folgender Art: Das Bindegewebe erscheint im allgemeinen vermehrt, besonders in der Umgebung der Blutgefäße; aber nur in den äußeren Wandschichten erscheint diese Vermehrung durch stärkeres Hineinwuchern von Bindegewebsfasern in das Innere einzelner Muskelzüge nicht mehr der Norm zu entsprechen. Die Muskulatur ist im allgemeinen gut entwickelt, die Kernfärbung allenthalben deutlich. Die elastischen Fasern sind besonders in der Umgebung der Gefäße gut ausgebildet, und auch ihre Lokalisation in den übrigen Partien ist als eine gewöhnliche zu bezeichnen. Der beschriebene histologische Befund vermochte nicht zu überzeugen, daß er die Veranlassung für die schwere Geburtsblutung hätte sein können. Dazu erschien doch die Differenz zwischen dem in Betracht kommenden Uterus und den anderen von normalen Wöchnerinnen stammenden zu gering.

Angeregt durch eine Mitteilung von Mansfeld[4], der einen Fall von akut entstandener puerperaler Uterusinversion beobachtete, bei dem die Obduktion eine deutliche Hypoplasie des Adrenalsystems ergab, richteten wir unser Augenmerk darauf, ob vielleicht eine funktionelle Alteration von seiten der blutdruckerhöhenden Substanzen unserem Falle zugrunde liegen konnte. Mansfeld teilte mit, daß in seinem Falle der Adrenalingehalt auf $^1/_4$ der Norm reduziert war. Wurde

[2] Gesellschaft f. Geburtsh. u. Gyn. in Köln 16. I. 96; ref. Zentralbl. f. Gyn. 1896.

[3] Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. 1910.

[4] Mitteilungen aus der II. Frauenklinik der Kgl. ungar. Universität Budapest (W. Tauffer) Bd. II.

Digitized by Google

diesem Befunde von Goldzieher[5] und Kehrer[6] eine große Bedeutung zuerteilt, da hiermit für die Theorie, daß das Adrenalin unerläßlich für den normalen Tonus der Uterusmuskulatur sei, ein annehmbarer Beweis geliefert zu sein schien, so mußte eine funktionelle Prüfung in unserem Falle noch bei weitem aussichtsreicher erscheinen, da der pathologisch-anatomische Befund, ja selbst der quantitativ chemische Nachweis des Adrenalins im Organ nicht als beweisend für die Tätigkeit desselben angesehen werden konnte. Wir wählten als Methode des biologischen Nachweises die auf Anregung von Straub durch Läven[7] und Trendelenburg[8] angegebene am Gefäßpräparat des Frosches[9]. Sie beruht darauf, daß die zu prüfende Flüssigkeit durch eine Kanüle in die Bauchaorta des Frosches gelangt, von hier aus das Gefäßsystem der unteren Extremitäten durchströmt, um schließlich aus einer in die Bauchvene geführten Glaskanüle tropfenweise abzufließen. Aus der schnelleren oder langsameren Tropfenfolge nach einer konstanten Einstellung des Präparates auf Ringer'sche Lösung lassen sich dann die Schlüsse auf den Adrenalingehalt der zu prüfenden Flüssigkeit ziehen. Diese Versuche stellten wir zuerst mit Plasma von unserer Pat. und einer normalen gleichzeitig Entbundenen an. Es wurde zur Hälfte verdünnt; eine irgendwie in Frage kommende Differenz ließ sich nicht konstatieren (Kurve 1). Darauf wurden die Sera beider Pat. geprüft. Hierbei waren wir uns allerdings wohl bewußt, daß ein etwaiger Ausschlag nicht nur vom Adrenalin, sondern auch von anderen, den Blutdruck erhöhenden Substanzen abhängig sein mußte, von denen bekanntlich einige erst bei der Gerinnung in das Serum übertreten. Jedoch mußte ein Vergleich der beiden Sera immerhin von Bedeutung sein. Hierbei ergaben sich nun, wie aus Kurve 2 hervorgeht, ganz auffallende Unterschiede. Das Präparat war so eingestellt, daß die Ausflußgeschwindigkeit vor Injektion der Sera 46 bis 48 Tropfen Ringerlösung in der Minute betrug. Nach der Injektion des von unserer Pat. stammenden Serums sank die Tropfenzahl schnell auf 40, um sich auf dieser Höhe 8 Minuten zu halten und dann allmählich auf die Anfangsgeschwindigkeit zu steigen. Auch gleich nach der Injektion des zweiten Serums sank die Tropfenzahl, diesmal aber bedeutend erheblicher. Schon nach 3 Minuten betrug sie nur noch 22 Tropfen in der Minute und stieg dann in ganz flacher Kurve wieder an. So lieferten diese Versuche den Beweis, daß unsere Pat. bei weitem weniger druckerhöhende Substanzen in ihrem Blute enthielt als eine entsprechend alte, gesunde Wöchnerin. Trotzdem möchten wir aus den wenigen Versuchen, die wir anzustellen Gelegenheit hatten, noch nicht allzu weitgehende Schlüsse ziehen. Immerhin dürften aber diese Ergebnisse ermutigen, weiterhin entsprechende Experimente bei atonischen Zuständen anzustellen. Leider war es uns aus äußeren Gründen nicht möglich, auch beim zweiten Falle diese Funktionsprüfung vorzunehmen. Wir mußten uns bei ihm nur auf die histologische Untersuchung beschränken. Ein kurzer Bericht sei im folgenden gegeben.

Es handelte sich um eine 33jährige Arbeitersfrau, die 10mal geboren hatte, das letzte Mal 9 Tage vor Aufnahme in die Klinik. Es wurde festgestellt, daß wegen starker Blutungen von der Hebamme die manuelle Placentarlösung vor-

---

[5] Gyn. Sektion des Kgl. ungar. Ärztevereins zu Budapest 15. XI. 1910; ref. Zentralbl. f. Gyn. 1911.

[6] Gyn. Gesellschaft zu Dresden 18. IV. 1912; ref. Zentralbl. f. Gyn. 1912.

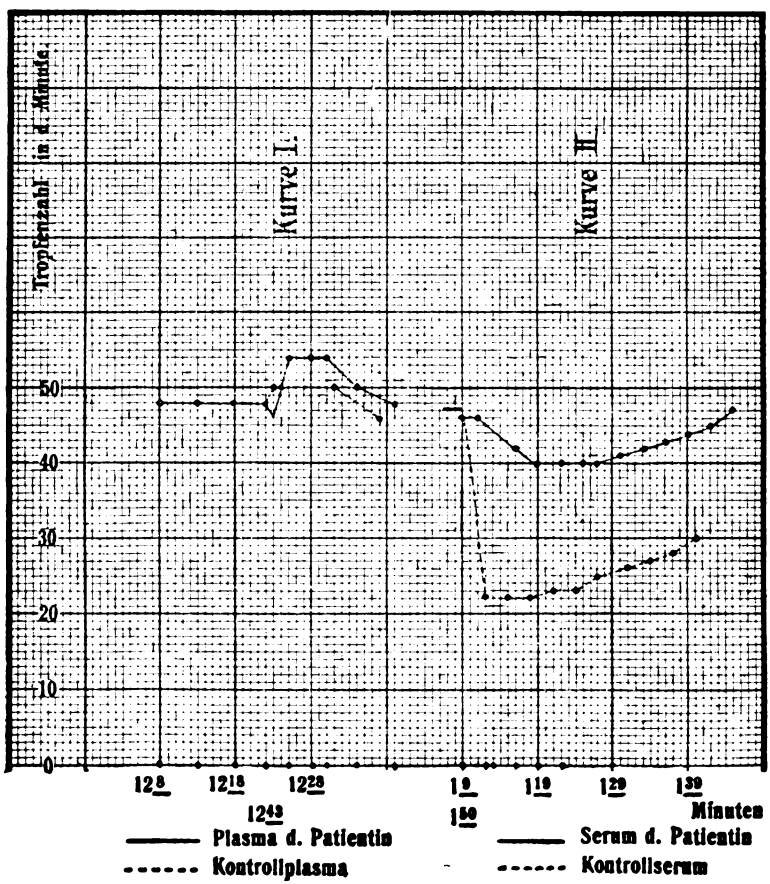
[7] Arch. f. experiment. Pathol. u. Pharmakol. Bd. LI.

[8] Ibid. Bd. LXIII.

[9] Bei der Anordnung der Versuche unterstützte mich Herr Prof. Kochmann aufs liebenswürdigste, wofür ich ihm zu großem Danke verpflichtet bin.

Digitized by Google

genommen wurde. Hierbei soll es zur Inversion gekommen sein. Der hinzugezogene Arzt nahm die Reposition vor ohne nachfolgende Tamponade. Nach 8 Tagen traten unter starkem Blutabgang heftige Schmerzen auf. Bei der alsbald vorgenommenen Untersuchung wurde wiederum eine Inversio konstatiert und die Pat. der Klinik überwiesen. Bei der Aufnahme fand sich der Uterus total invertiert in der Scheide liegend. Die Placentarstelle hob sich am Fundus deutlich gegen die übrige Schleimhaut ab, die allerthalben mit schmierigen Belägen bedeckt war. Der Urin enthielt Eiweiß. Die Temperatur betrug 38,1° C. Es bestand auffallende Anämie. Die Operation, am folgenden Tage vorgenommen, gestaltete sich folgendermaßen:



Der Uterus wird nach gründlicher Freilegung mit Spiegeln mit Jodalkohol desinfiziert. Die vordere Wand wird bis ins Scheidengewölbe hinein gespalten, hierauf wird mit der Reinversion begonnen. Dabei zeigte sich, daß im Korpusbereich ein etwa walnußgroßer, braungelber Infarkt mit anämischer Randzone und frischen Verklebungen entstanden ist. Die gesamte Oberfläche des Uteruskörpers sieht wie mazeriert aus; daher muß der Uterus geopfert werden. Typische vaginale Totalexstirpation mit Erhaltung der Adnexe. Fixation der Stümpfe

Digitized by Google

am Wundrand, Peritonisierung der letzteren. Verschluß der Bauchhöhle. Rekonvaleszenz wurde durch eine 10tägige Fieberperiode verzögert. Nach 4 Wochen konnte die Pat. als geheilt entlassen werden.

Auch hier handelte es sich demnach um einen traumatischen Fall, bei dem neben der im Vordergrunde stehenden heftigen Blutung, die klinisch wiederum als atonische imponierte, noch der Sitz der Placenta genau im Fundus als mitdisponierendes, oft gefundenes Moment angeführt werden muß. Bei der mikroskopischen Untersuchung, die an dem mit Formol gehärteten Uterus vorgenommen wurde, bedienten wir uns derselben Methoden wie bei unserem ersten Falle. Das Untersuchungsergebnis war ein ähnliches. Wieder fiel die schwammige Beschaffenheit der Placentarstelle auf, durch die weit klaffenden venösen Gefäße bedingt. Eine Reduktion der Wanddicke war auch hier nicht zu konstatieren, aber noch ausgesprochener war die Verschiebung in dem Mengenverhältnis zwischen Muskulatur und Bindegewebe. Hier fanden sich neben den feinen, die Muskelzüge durchsetzenden, kollagenen Fasern narbige Züge, die mit Sicherheit auf alte metritische Vorgänge hinwiesen. Die im schwangeren Uterus gewöhnliche Vermehrung der elastischen Fasern war hier besonders ausgesprochen. Also auch hier eine deutliche Abweichung von der Norm, dennoch nicht ausgesprochen genug, um diese seltene Geburtsverletzung allein erklären zu können. Vielleicht, daß auch hier eine Untersuchung des Blutes auf druckerhöhende Substanzen wichtige Aufschlüsse geliefert hätte.

Neue Bücher.

1) **K. Baisch** (München). **Leitfaden der geburtshilflichen und gynäkologischen Untersuchung.** Mit 97 zum Teil farbigen Abbildungen. II. Aufl. Leipzig, Georg Thieme, 1913.

Daß der in erster Auflage hier (1911, p. 1244) eingehend besprochene Leitfaden seine ihm durchaus gebührende Anerkennung gefunden hat, beweist die bereits nach zweijähriger Pause notwendig gewordene Neuauflage desselben.

Das Buch erscheint in wenig veränderter Form. Hier und da sind einige Zusätze erfolgt, auch ist die Zahl der Abbildungen vermehrt worden. Neu hinzugekommen ist ein übersichtliches, instruktiv illustriertes Kapitel über die Anatomie und Topographie der weiblichen Geschlechtsorgane, und in dem Abschnitt über die Diagnosenstellung der Schwangerschaft sind in zeitgemäßer Weise gut orientierende Mitteilungen über den Wert des röntgenographischen Nachweises der Frucht und über die Abderhalden'sche Serodiagnostik der Schwangerschaft in ihrer doppelten Methodik aufgenommen worden.

Der Leitfaden muß als vorzüglicher Führer bei gynäkologisch-geburtshilflichen Untersuchungen Ärzten und Studenten empfohlen werden.

B. Ottow (Dorpat).

2) **G. Burckhard** (Würzburg). **Joseph Servatius von d'Outrepont. Ein Lebensbild.** Mit 3 Porträts u. 1 Stammbaum. Jena, Fischer, 1913. Mk. 6.—.

In unserer Zeit, die so reich an zahlreichen wissenschaftlichen Problemen und Forschungsgebieten ist, müssen wir dem Verf. ganz besonderen Dank wissen, daß er Interesse und Zeit gefunden hat, das Lebensbild und die reiche wissenschaftliche Lebensarbeit eines Klassikers unseres Faches in so überaus anschaulicher Weise vorzuführen. Und aus der jeder Hilfsmittel entratenden, oft im Dunkeln geradezu

Digitized by Google

tastenden Arbeit der Großen in der Medizin, auf deren Schultern in letzter Linie doch der Aufbau des modernen Wissens sich gründet, kann auch heute noch viel gelernt werden!

d'Outrepont, französischer Abstammung, in der Gegend von Aachen in der Eifel geboren, war aus der Schule des großen Wiener Geburtshelfers Boer hervorgegangen, dessen im Gegensatze zu Osiander u. a. konservative Lehren er in der Geburtshilfe als Ordinarius in Würzburg vertreten hat.

Kurzen, familiengeschichtlichen Mitteilungen folgt eine auf eingehende, archivalische Studien gegründete Biographie d'Outrepont's. Entsprechend dem damaligen Stande der Geburtshilfe, die noch keine abgegrenzte medizinische Wissenschaft darstellte, und deren offizielle Vertreter vielfach auch auf anderen Gebieten, wie in der Anatomie, Chirurgie und besonders gerichtlichen Medizin tätig sein mußten (in Dorpat auch auf dem Gebiete der Veterinärmedizin!) findet sich auch bei d'Outrepont, dessen Name in der modernen Geburtshilfe eigentlich nur bei der inneren Wendung auf den Kopf genannt wird, eine Vielseitigkeit wissenschaftlicher Forscherarbeit. Das Schriftenverzeichnis, das der Arbeit beigegeben ist, nennt über 120 Nummern. Darunter finden sich vornehmlich Arbeiten geburtshilflichen Inhalts, doch auch zahlreiche, die über gynäkologische Themen sich verbreiten. Endlich solche, die allgemeinwissenschaftliche, psychiatrische, hygienische, anatomische und andere Fragen behandeln. Mit besonderer Energie ist d'Outrepont für die Blatternbekämpfung und Kuhpockenimpfung in Wort und Tat eingetreten.

Den Hauptanteil der vorliegenden Monographie bilden Besprechungen und Referate der wissenschaftlichen Arbeiten d'Outrepont's. Darunter finden sich interessante Angaben über Blasenektopie, Pelviotomie und vieles andere, was im Rahmen eines Referats nicht Erwähnung finden kann.

Beigegeben sind drei Porträts, die d'Outrepont in verschiedenen Lebensaltern darstellen, eine Stammtafel der Familie und im Anhang ein Schriftverzeichnis und ein solches von Inauguralreden und von Dissertationen, die durch d'Outrepont veranlaßt wurden, endlich mehrere zeitgenössische Nekrologe.

Das Buch ist dem jetzigen Inhaber des Würzburger Ordinariats für Geburtshilfe, Geh.-Rat Hofmeier, zugeeignet und darf eines weitgehenden Interesses, über den Kreis der engeren Fachgenossen hinaus, sicher sein.

B. Ottow (Dorpat).

3) **Alfons Fischer** (Karlsruhe). **Ein sozialhygienischer Gesetzentwurf aus dem Jahre 1800, ein Vorbild für die Gegenwart.** Berlin, Springer, 1913. Preis Mk. 1.—.

Die vorliegende Arbeit referiert einen völlig der Vergessenheit anheimgefallenen, sozialhygienischen Gesetzentwurf, der vom Heidelberger Professor der Geburtshilfe, Franz Anton Mai, zusammengestellt worden ist.

Der Gesetzentwurf, der zahlreiche Fragen in seine Betrachtungen hineinzieht, zeigt eine seiner Zeit so vorgeeilte Auffassung, daß die Maximen und Forderungen, die er entwickelt, als Vorbild für die Gegenwart dienen können, da sie größtenteils auch in den sozialhygienischen Bestrebungen unserer Zeit noch keine Anwendung gefunden haben.

Neben zahlreichen anderen Forderungen findet die Sorge für gesunde Fortpflanzung, für Schwangere und Gebärende, für eheliche und uneheliche Säuglinge, für gesunde Kleidertracht (verboten wird das Tragen von »Korsetten, wodurch nach unleugbaren Erfahrungen der Wuchs des weiblichen Körpers nicht nur mißt

Digitized by Google

staltet, sondern auch zu den Verrichtungen des zukünftigen Mutterstandes untauglich gemacht wird«) und andere, den modernsten, sozialhygienischen Bestrebungen entsprechende Bemühungen eingehende und überaus praktische Besprechung.

B. Ottow (Dorpat).

Berichte aus gynäkologischen Gesellschaften.

4) Geburtshilfliche Gesellschaft zu Hamburg.

Sitzung vom 21. Oktober 1913.

Vorsitzender: Herr Rüder; Schriftführer: Herr Schottelius.

Demonstration:

Herr Lomer demonstriert das frisch bei einer Operation gewonnene Präparat eines Tubaraborts. Bei der 36jährigen Pat. waren die Menses 14 Tage über die Zeit ausgeblieben, typische Schmerzattacken waren aufgetreten. Bei der vaginalen Untersuchung Abgang von Klumpen geronnenen Blutes und dicker Decidua, dabei zeigte sich der Muttermund geschlossen; die Schmerzen konnten also nicht etwa als uterine Wehen gedeutet werden. Die Operation bestätigte auch die Diagnose Extrauteringravidität.

Diskussion: Herr Prochownick ist der Ansicht, daß kein Symptom für Extrauteringravidität absolut eindeutig und typisch sei; diagnostische Verwechslungen mit entzündlichen Adnexaffektionen kämen trotz eingehendster Untersuchung vor. Eine Eröffnung des Cervicalkanals habe er auch gelegentlich bei ektopischer Schwangerschaft gefunden.

Herr Rüder erwähnt den auf der chirurgischen Station in Eppendorf bei Extrauteringravidität öfters beobachteten Schulterschmerz.

Herr Lomer weist nochmals darauf hin, daß der Schmerz bei ektopischer Schwangerschaft von Frauen, die geboren haben, nicht mit uterinen Wehen verwechselt werde. Wenn trotz der Schmerzen auch noch die Cervix nicht erweitert sei, so sei dies ein weiteres diagnostisches Hilfsmerkmal für ektopische Gravidität.

Herr Lienau: Über Generationspsychosen und die Unterbrechung der Schwangerschaft bei denselben.

Nach einleitenden statistischen Bemerkungen geht Vortr. auf die Prognosenstellung der verschiedenen Autoren ein und stellt fest, daß die Prognose der Generationspsychosen übereinstimmend als recht ernst erscheint. Vortr. glaubt, daß für einen Teil der Wochenbett- und Laktationspsychosen schon die Schwangerschaft mit ihren bedeutsamen Veränderungen im Organismus mit verantwortlich gemacht werden muß. Er berichtet summarisch über die von ihm selbst beobachteten 39 Generationspsychosen: Von diesen 39 Fällen sind 16 geheilt, 9 mit Defekt geheilt, 3 erheblich gebessert, 6 verblödet, 3 gestorben und 2 bis jetzt ungeheilt aber noch nicht abgelaufen. Unter diesen Fällen spielt die erbliche Belastung für die Prognostik keine Rolle. Unter den 16 geheilten Kranken waren 4 Fälle schwerer Bewußtseinstrübung (Erschöpfungspsychosen), die anderen 12 Fälle boten Krankheitsbilder, welche ganz vorwiegend auf affektiven Störungen beruhten, meist depressiver Färbung; unter den 23 nicht oder nicht völlig geheilten Kranken sind 21 (91,2%) schwer intellektuell gestört gewesen.

Von den vorgetragenen Krankengeschichten interessieren besonders mehrere Fälle, in welchen während der Schwangerschaft Veränderungen der Persönlichkeit und des Charakters eintraten, welche nicht wieder verloren gingen, sowie mehrere

Digitized by Google

Fälle, in denen der künstliche Abort in Frage kam. In 2 Fällen, in welchen derselbe abgelehnt wurde, wurde Heilung der Schwangerschaftspsychose durch Anstaltsbehandlung erzielt; in den 4 Fällen des eingeleiteten künstlichen Aborts war ein Erfolg zu verzeichnen. Bezüglich der Indikationsstellung steht Vortr. auf dem Standpunkt, daß die Frage des künstlichen Aborts nicht lediglich nach bestimmten Diagnosen beantwortet werden kann. Reagiert die Psychose auf die Generationsvorgänge pathologisch, so wird der künstliche Abort bei Mehrgebärenden angeraten, wenn eine günstige Beeinflussung der Seelenstörung durch den Abort wahrscheinlich und eine Behütung der Mutter vor dauernder Gefahr so sicher erscheint, wie das bei dem gegenwärtigen Stande der Wissenschaft und unter Berücksichtigung der persönlichen Erfahrungen möglich ist. Zu diesen Fällen gehören alle Kranken, welche im Laufe früherer Generationsvorgänge Psychosen mit schweren intellektuellen oder halluzinatorischen Symptomen durchgemacht, außerdem die schweren Depressionen der Psychopathen im Sinne Meyer's und die Fälle der Persönlichkeitsveränderungen, die man wohl als »hebephren« bezeichnen darf. Eine Vergrößerung der Kinderzahl, die Möglichkeit erblicher Belastung sowie eine »soziale« Indikation wird für sich allein nicht anerkannt; wohl aber können solche Punkte dem Gewissen des entscheidenden Arztes eine Beruhigung gewähren.

Bei Erstgebärenden kommt der künstliche Abort nur bei Lebensgefahr der Mutter in Frage; sonst muß auf Anstaltsbehandlung bestanden werden. Im einzelnen werden folgende Möglichkeiten vorgetragen:

1) Die Frau war vor der Schwangerschaft geisteskrank und wird es während der Schwangerschaft wieder; in diesem Falle würde ich mich nur dann zustimmend äußern, wenn die Psychose das Leben der Kranken direkt gefährdet. Sonst würde ich auf Anstaltsbehandlung bestehen und mich ablehnend verhalten.

2) Die Frau wird während der Schwangerschaft zum ersten Male geisteskrank; hier würde ich ebenso verfahren, wie im ersten Falle, nur bei der ausgesprochen psychopathischen Reaktion Friedmann's eingreifen lassen.

3) Wird eine Frau, die früher einmal geisteskrank war, zum ersten Male schwanger, so kann ich aus der früheren Geistesstörung eine Indikation zum Abort nicht herleiten.

4) Eine Frau war während der ersten Schwangerschaft bzw. Wochenbetts geisteskrank und wird es wieder; hier würde für mich außer der Diagnose der ersten Erkrankung vor allem der Eindruck des jetzigen Seelenzustandes und die Berücksichtigung der ganzen familiären Verhältnisse von maßgebender Bedeutung sein.

5) War eine Frau während der Generationsvorgänge zweimal nacheinander geisteskrank, so würde ich, wenn die Entscheidung in meine Hand gelegt würde, unter allen Umständen für Unterbrechung der Schwangerschaft — selbstverständlich zu einem möglichst frühen Zeitpunkte — eintreten.

Bei allen diesen fünf Möglichkeiten will ich unter »geisteskrank« Psychosen verstanden haben, die mit stärkerer Bewußtseinstrübung, Wahnideen und oder Halluzinationen einhergingen (Amentia, Paranoiaformen, Dementia praecox und entsprechende Mischformen, welche anfangs weder dem manisch depressiven Irresein noch der Dementia praecox einzureihen sind), sowie degenerative Charakterveränderungen.

Die Verhütung der Konzeption ist natürlich in jedem Falle vor allem erstrebenswert.

Angesichts der Tatsache, daß der hier eingenommene Standpunkt von dem

Digitized by Google

sonst üblichen sehr abweicht, beleuchtet Vortr. kurz noch die rechtliche und sittliche Seite der Sache und schließt mit dem Satze:

Für mich ist die Leibesfrucht erst mit dem Augenblicke beseelt, wo sie ohne Zusammenhang mit der Mutter lebensfähig ist: so lange sie nicht lebensfähig ist, halte ich sie für einen Teil des mütterlichen Organismus, welcher bei normalen Verhältnissen der Mutter die höchste Freude und das größte Lebensglück bringen, bei krankhaften Verhältnissen aber zu einer Giftblase werden kann, welche gleich anderen kranken Teilen des mütterlichen Organismnus beseitigt werden darf.

Diskussion: Herr Deseniss sah in einem Falle von Schwangerschaftspsychose mit Suizidversuchen die Indikation zur Unterbrechung gegeben, nachdem ein Konzilium mit einem Psychiater und einem Internisten sich in gleichem Sinne geäußert hatte. Die Mutter, die sich ein Kind sehr gewünscht hatte, war von ihrem alkoholisch erregten Ehemann geschwängert worden. Der Pat. war ein verblödetes, von einem Trinker stammendes Kind bekannt, und sie fürchtete für ihr Kind ein gleiches Schicksal. Da eine Anstaltsbehandlung nicht durchzusetzen war und die Frau bei Suizidversuchen überrascht war, wurde auf Rat eines Psychiaters und eines Internisten die Gravidität unterbrochen.

Herr Lienau hätte die Anstaltsbehandlung erzwungen oder jede ärztliche Beratung und Intervention abgelehnt.

Herr Prochownick: Die zur Diskussion stehende Frage kann den Gynäkologen im allgemeinen nur technisch interessieren. Tatsächlich wird der Psychiater aber wohl am häufigsten von Gynäkologen in derartigen Fällen um seinen Rat gebeten. Vor längeren Jahren verhielten sich Psychiater und Internisten in solchen Fällen meist strikte ablehnend, ein Standpunkt, der sich inzwischen wesentlich geändert hat. P. lehnt die Unterbrechung ohne vorausgegangene Anstaltsbehandlung ab und bekennt sich im übrigen zu dem von Sänger seinerzeit vertretenen Standpunkt. Eine wichtige Frage ist die Verhütung neuer Konzeptionen. Hier kann nicht aus rassehygienischen, sondern aus rein individuellen Gründen die Tubensterilisation in Frage kommen, wenn ein dauerndes Konzeptionsverbot ausgesprochen wird.

Herr Roesing betont im Sinne des Vortr. den ethischen Gesichtspunkt der Schwangerschaftsunterbrechung, der heute leider sehr unterschätzt wird. In dem von Herrn Deseniss mitgeteilten Falle, der dadurch interessant ist, daß die Schwangerschaft das psychische Trauma abgab, hätte R. die Anstaltsbehandlung erzwungen und den Abort strikte abgelehnt. Schließlich konstatiert R., daß eine schädigende Wirkung einmaliger Alkoholgaben auf die Frucht bisher gänzlich unbewiesen sei und solche Fälle keineswegs mit dem degenerierten Nachwuchs notorischer, chronischer Trinker in Parallele zu stellen seien.

Herr Embden schließt sich Herrn Roesing an und ist mit der Lienau'schen Indikationsstellung vollkommen einverstanden. Bei dem so oft an Ärzte gestellten Ansinnen, die Gravidität zu unterbrechen, sind feste Maximen unerläßlich, wie selbsterlebte Fälle beweisen. — Interessant ist, daß chronisch verstimmte Psychopathinnen sich oft nur in der Schwangerschaft wohl fühlen, was wohl auf Stoffwechselveränderungen, die durch die Gravidität bedingt sind, beruht.

Daß trotz hochgradiger Trunksucht gesunde Kinder geboren werden können, ist Tatsache.

Herr Lomer empfiehlt, da sich subjektive Momente, die den Arzt bei Entscheidung der Frage, ob der Abort eingeleitet werden soll oder nicht, doch nicht völlig ausschalten lassen, daß möglichst unvoreingenommene Kollegen zur Beratung herangezogen werden. Vielleicht bewährt sich für derartige, oft sehr schwer zu

Digitized by Google

entscheidende Fälle die Einrichtung eines Ärztekomitees, das dem behandelnden Arzt stets einen Rückhalt gewähren würde.

Herr Rüder fragt nach der geistigen Entwicklung der Kinder psychopathischer Eltern.

Herr Lienau erwidert, daß von Jolly Untersuchungen dieser Frage angestellt sind; eine normal verlaufene Kindheit, wie sie oft beobachtet werde, sei allerdings nicht entscheidend, da Psychopathien meist erst in späteren Jahren auftreten.

Herr Roesing erwähnt zwei ihm bekannte Fälle geistig sich normal entwickelnder Kinder, die von hochgradig idiotischen Müttern und intellektuell wenig höher stehenden Vätern stammen.

Die Unterbrechung der Schwangerschaft dürfte auch nicht als psychisches Trauma unterschätzt werden, desgleichen die Sterilisation.

Herr Rüder spricht sich für eine individualisierende Stellung in der Frage des Abortus artef. aus und erwähnt einen Fall, bei dem nach eingehender Beobachtung die Schwangerschaft mit bestem Erfolge für die Mutter unterbrochen wurde. Die Pat. hat dann später unter günstigeren psychischen Verhältnissen ein gesundes Kind geboren.

Herr Matthaei hält es nicht für richtig, die Unterbrechung als psychisches Trauma so hoch zu bewerten, wie das in der Diskussion geschehen ist. Da die wahren Schwangerschaftspsychosen als echte Toxikosen aufgefaßt werden müssen, ist vielmehr zu erwarten, daß mit der Entleerung des Uterus auch das ursächliche Moment ausgeschaltet wird.

Herr Lienau empfiehlt im Schlußwort, sich bei Graviditätspsychosen stets die Frage vorzulegen, wie wird die Unterbrechung auf die Psyche der Frau einwirken und daran zu denken, daß die Unterbrechung auch eine Melancholie zur Folge haben kann. Wenn auch die Anstaltsbehandlung unter Umständen eine zweischneidige Sache sein könne, so soll sie doch in jedem Falle versucht werden. Die Sterilisation lehnt L. in jedem Falle ab. Von der Abderhalden'schen Reaktion erhofft L. auch für die psychiatrische Diagnose erfreuliche Resultate.

Allgemeine Geburtshilfe.

5) **W. H. Morley** (Detroit, Michigan). **Der Kalkgehalt des Blutes während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.** (Surgery, gynecology and obstetr. Vol. XVII. Nr. 3.)

Zu den Untersuchungen wurde die Kalkbestimmungsmethode von W. Blair Bell verwendet, die eingehend beschrieben wird: 100 cmm Blut werden in einer kleinen Kapsel oder Flasche mit 250 cmm einer wäßrigen Lösung von Oxalsäure 1 : 30 gemischt und 10 Minuten gut geschüttelt. Dazu werden dann 250 cmm einer Lösung von 95 Teilen 1%iger Essigsäure und 5 Teilen Glyzerin gebracht und 10 Minuten stehen gelassen. Nach erneutem Durchschütteln werden 100 cmm des Inhalts der Kapsel in einer zweiten Kapsel mit 500 cmm destillierten Wassers gemischt. Aus dieser Verdünnung wird jetzt der Kalkgehalt folgendermaßen bestimmt: Ein Tropfen wird in die Thoma-Zeiss'sche Zählkammer gebracht, und dann werden die Kalziumoxalatkristalle, wie Blutkörperchen in wenigstens 250 Quadraten ausgezählt. Wenn durchschnittlich 1 Kristall auf 1 Quadrat kommt, so spricht man von einem Kalziumindex von 1. Dieser entspricht, wie sich ergeben hat, einer CaO-Lösung von 1 : 6000. Der Kalziumindex des normalen Menschenblutes ist 1,2 bis 1,5, d. h. es kommen 1,2 bis 1,5 Kristalle auf

Digitized by Google

1 Quadrat. Daraus berechnet sich der Kalziumoxydgehalt auf 1 : 5000 bis 1 : 4000 gemäß der Formel: $\frac{6000}{\text{Kalziumindex}} = \text{CaO-Gehalt.}$

Die Untersuchung des Blutes von Schwangeren und Wöchnerinnen ergab durchwegs eine Herabsetzung des Kalziumindex auf 1,2 bis 0,06, d. h. des Kalziumoxydgehaltes auf 1 : 5000 bis 1 : 100 000, wie Verf. vorläufig mitteilt und durch Tabellen illustriert. Diese Verringerung ist wohl zurückzuführen auf den Kalkverbrauch des Fötus während der Schwangerschaft, des Uterus während der Geburt und der Laktation im Wochenbett. Die Entscheidung weiterer Fragen des Kalkstoffwechsels, besonders auch bei Schwangerschaftstoxämien, muß späteren Untersuchungen vorbehalten werden. Robert Stern (Offenbach).

6) **F. J. Taussig** (St. Louis). **Faktoren bei der Bildung der Striae während der Schwangerschaft.** (Surgery, gynecology and obstetrics Vol. XVII. Nr. 3.)

Unter 60 Primiparen waren nur 13 frei von Striae. Am häufigsten beginnt die Bildung der Schwangerschaftsstreifen im 6. oder 7. Monat. Bei Frauen unter 20 Jahren treten sie mehr auf als bei älteren. Sie werden gefördert durch Fettleibigkeit, besonders durch schnelle Gewichtszunahme während der Schwangerschaft und durch das Fehlen eines passenden Korsetts oder einer Leibbinde. Zwischen dem Auftreten der Streifen und der postpartalen Erschlaffung der Bauchmuskulatur scheint eine gewisse Beziehung zu bestehen, da beide Erscheinungen Hand in Hand gehen. Dagegen konnte keine Beziehung der Striae zur Häufigkeit der Dammrisse nachgewiesen werden. Durch geeignete Hautmassage — am besten mit Glyzerin — während der letzten 4 Schwangerschaftsmonate kann in den meisten Fällen die Bildung der Striae verhindert werden.

Robert Stern (Offenbach).

7) **Fabre** (Lyon). **Eine Methode der inneren Hysterographie. Vergleich der Resultate der äußeren und inneren Methode.** (Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris etc. 1913. Nr. 3. März.)

Zur inneren Wehendruckmessung verwendet F. die Methode von Schatz nur unter Gebrauch eines Ballons nach Champetier. Die gleichzeitige innere und äußere Wehendruckregistrierung ergibt für die äußere ebenso gut verwertbar Resultate wie die innere; daher ist erstere als nicht infektionsgefährlich vorzuziehen. Michaelis (Metz).

8) **A. Voogd.** **Über den Einfluß des Alters auf die Dauer der Geburt bei Primiparae.** Inaug.-Diss., Groningen, 1913.

Das Untersuchungsmaterial Verf.s umfaßt 390 Fälle der staatlichen Universität in Groningen. An der Hand dieses Materials fand er, daß je älter die Primipara ist, um so länger die Geburt dauert, daß jedoch sowohl die Eröffnung wie die Austreibung etwa in dem gleichen Verhältnis an Dauer zunehmen. Diese Tatsache erklärt sich durch die immer schwerer werdende Dehnbarkeit sowohl des Ostium uteri, wie der weichen Geburtswege. Wenn die Primipara älter ist als 35 Jahre, wird verhältnismäßig die Dauer der Austreibung länger als die der Eröffnung, und diese Tatsache erklärt sich dadurch, daß die weichen Teile rigider werden als das Ostium uteri. Van Waasbergen (Leiden).

9) **G. T. Harrison** (Charlottesville). **Die Wehenschwäche und ihre Behandlung.** (Surgery, gynecology and obstetrics Vol. XVII. Nr. 3.)

Die primäre Wehenschwäche kommt am häufigsten bei alten Erstgebärenden vor. Sie ist an und für sich keinesfalls eine Indikation für ein Eingreifen ärztlicher

Digitized by Google

Hilfe, besonders nicht, so lange die Fruchtblase steht, da dann noch die gleichen Bedingungen bestehen, wie in der Schwangerschaft. Auch nach dem Blasensprung ist kein Grund zur Kunsthilfe vorhanden, da die Wehen meistens bald besser werden. Zuweilen sind Injektionen von Morphium, Atropin oder Strychnin zu empfehlen. Nur wenn der Verlauf gar zu protrahiert wird, oder durch Eklampsie, Blutung, Zersetzung des Gebärmutterinhalts eine Indikation zur Entbindung eintritt, müssen wir die Geburt beschleunigen. Von heißen Scheidenspülungen ist wegen der Infektionsgefahr abzuraten. Viel besser und sicherer wirkt die Einlegung eines Metreurynters nach Champetier de Ribes. Über Pituitrinanwendung hat Verf. keine eigene Erfahrung, hält aber einen Versuch nach den Angaben der Literatur für empfehlenswert.

Bei der sekundären Wehenschwäche, d. h. der Erschöpfung des Uterus, besteht große Gefahr für die Mutter und das Kind durch Infektion und Asphyxie. Verf. rät, nicht abzuwarten bis diese Gefahren dringend werden, sondern bei solchen protrahierten Geburten lieber die Zange anzuwenden, sobald der Kopf tief im Becken steht. Sehr zu warnen ist dagegen unbedingt vor der hohen Zange. Von der sekundären Wehenschwäche wohl zu unterscheiden ist die Schwäche der Bauchmuskulatur, welche ebenfalls einen verzögerten Geburtsverlauf bedingen kann. Wir finden sie außer bei Lähmungen bei Hängeleib und Rektusdiastase. Für solche Fälle hat man die Expression nach Kristeller empfohlen. Verf. zieht aber auch hier den Forceps vor. Robert Stern (Offenbach).

10) **E. B. Cragin** (Neuyork). **Unter welchen Bedingungen soll die Wehenschwäche durch künstliche Entbindung behandelt werden?** (Surgery, gynecology and obstetrics Vol. XVII. Nr. 3.)

Die Wehenschwäche gefährdet sowohl die Mutter, als auch das Kind. Die Mutter kann geschädigt werden durch Nachgeburtsblutungen, Infektion oder bei nervöser Veranlagung durch lange dauernde Störungen des Nervensystems, das Kind durch Behinderung des fötalen Kreislaufs, die eine vergrößerte Morbidität und Mortalität bedingt. Insbesondere können sich die Folgen von Gehirnblutungen unter der Geburt zuweilen erst viel später durch Störung der geistigen Entwicklung des Kindes dokumentieren. Diese Gefahren sind durch exakte Beobachtung der Frau und häufige Kontrolle der kindlichen Herztöne zu bekämpfen. Wenn die Herztöne verlangsamt oder unregelmäßig werden, oder Zeichen von Kompression der mütterlichen Weichteile, insbesondere Trockenheit oder Ödem der Cervix oder Vagina auftreten, oder wenn die Kreißende allzusehr erschöpft ist, soll die Geburt beschleunigt werden. Falls Medikamente — so besonders auch Pituitrin — dazu nicht ausreichen, so ist bei noch nicht erweiterter Cervix die Hystereuryse, bei erweitertem Muttermund die Zangenextraktion vorzunehmen. Eine der häufigsten Ursachen der Wehenschwäche ist eine occipitoposteriore Stellung des Kopfes. Dabei empfiehlt Verf. manuelle Drehung des Hinterhauptes nach vorn und sodann Forceps. Robert Stern (Offenbach).

11) **Paul T. Harper** (Albany, N. Y.). **Dystokie von seiten des Kontraktionsringes.** (Amer. journ. of obst. and dis. of w. and children 1913. Oktober.)

Eine isolierte, tonische Kontraktion des Bandl'schen Ringes ist nicht nur eine mögliche, sondern sogar nicht ganz seltene Ursache einer Dystokie. Allerdings sind gewöhnlich noch andere Momente für die Verzögerung und Erschwerung der Geburt, wie enges Becken und ähnliches zu finden. Die Gefahren für das

Digitized by Google

Kind sind natürlich infolge des dauernden Druckes große, für die Mutter resultieren Gefahren wesentlich nur aus den vorgenommenen Operationen. — Das einzige objektive Zeichen des Zustandes ist der Nachweis des Kontraktonsringes bei der inneren Untersuchung. Vermutet werden kann es, wenn die Austreibungsperiode ohne ersichtliche sonstige Gründe sich hinzieht. — Therapeutisch kommen Morphium, Narkose, eventuell Versuch einer Dilatation, gelegentlich sogar der Kaiserschnitt in Betracht. — Anschließend Bericht über drei Fälle.

Jaschke (Gießen).

12) **J. Haneberg.** **299 Fälle von Becken-Endlagen in der Kgl. Universitäts-Frauenklinik zu München.** Inaug.-Diss., München, 1912.

Auf 8378 Geburten aus den Jahren 1908—1911 treffen 296 Geburten = 3,53% Beckenendlagen. Hierzu kommen noch 3 in Beckenendlage geborene Zwillingskinder. Das Verhältnis der Erstgebärenden (139) zu den Mehrgebärenden (157) = 1 : 1,1. Eine gewisse »Disposition zur Beckenendlage« läßt sich aus dem vorliegenden Material deutlich darin nachweisen, daß sich unter den 157 Mehrgebärenden 18 Mütter fanden, die bereits vorher Kinder in Beckenendlage zur Welt gebracht hatten.

In 5,85% der Fälle fand sich enges Becken, 3mal fand sich Hydramnion, 2mal Placenta praevia, 2mal Hängebauch, 1mal Uterus arcuatus. — In 59,2% der Fälle handelte es sich um I., in 40,8% um II. Steißlage, also ein Verhältnis 1,4 : 1. 26,7% der Kinder wurden spontan geboren, in 73,3% der Fälle war eine Hilfeleistung notwendig. Was die Verteilung der Geschlechter betrifft, so waren: Knaben im ganzen 133, 80 reif und 53 unreif; Mädchen im ganzen 151, 86 reif und 65 unreif. Von den reifen Knaben starben 15%, von den reifen Mädchen 13,5%. Die mütterliche Mortalität betrug 0%. L. Nürnberger (München).

13) **Ph. Wehner.** **Tod der Mütter in der Kgl. Universitäts-Frauenklinik zu München vom 1. Januar 1897 bis 31. Dezember 1911.** Inaug.-Diss., München, 1913.

Sehr fleißige und interessante, mit schönen Kurven ausgestattete Arbeit. Zu kurzem Referat nicht geeignet. L. Nürnberger (München).

Ovarium.

14) **Richard C. Norris** (Philadelphia). **Ovarialtumoren als Komplikation von Schwangerschaft und Geburt.** (Amer. journ. of obst. and dis. of w. and children 1913. September.)

Frequenz 1 : 3000. 68% aller Fälle betreffen gewöhnliche Kystome, 23% Dermoide, 2% Fibrome und 5% maligne Tumoren. Die Schwangerschaft führt sehr oft bei Ovarialtumoren zu Komplikationen, so am häufigsten (ca. 80%) zu Stieldrehung; Ruptur und Vereiterung, letzteres besonders bei Dermoiden, werden in der Schwangerschaft häufiger beobachtet als sonst. Ernste Gefahren sind in etwa 25—30% aller Fälle zu gewärtigen, in 16—20% erfolgt vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft.

Die Statistiken zeigen, daß die exspektative Behandlung der Ovarialtumoren in der Schwangerschaft die Gefahr verdreifacht. Besonders gilt das für die im Becken liegenden Tumoren. Jedenfalls scheint in der ersten Hälfte der Schwangerschaft die Operation angezeigt, sobald die Diagnose gestellt ist. Bei schonendem

Digitized by Google

abdominalem Vorgehen ist die Gefahr eines Abortus gering; immerhin ist diese Gefahr nicht immer zu vermeiden und schon darum der abdominale Weg für die Operation vorzuziehen. In der zweiten Hälfte der Schwangerschaft liegt bei Fehlen von Komplikationen eine besondere Indikation zur Operation nicht vor und soll schon mit Rücksicht auf das Kind abgewartet werden.

Unter der Geburt bestehen Gefahren wesentlich nur bei Tumoren, die ein Geburtshindernis abgeben. Reposition ist nur mit größter Vorsicht und bei der Möglichkeit, sofort zu operieren, erlaubt. Im allgemeinen empfiehlt sich auch hier die abdominale Operation mit vorhergehendem oder folgendem Kaiserschnitt in reinen Fällen, irgendeinem extraperitonealen (oder vaginalen) Entbindungsverfahren bei zweifelhaften Fällen.

Im Wochenbett ist wegen der Neigung zu Stieldrehung, Vereiterung sorgfältige Überwachung notwendig; bei den ersten Symptomen derselben sofortige Operation.

Jaschke (Gießen).

15) **Boginja Barjaktarowitsch. Ovariotomie während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.** Inaug.-Diss., München, 1912.

An und für sich eines der häufigsten Frauenleiden, kommen Ovarialgeschwülste doch nur bei 0,11% (Fehling) bis 1,5% (Martin) aller Schwangeren zur Beobachtung. Das Material, welches der vorliegenden, sehr fleißigen und übersichtlichen Arbeit zugrunde liegt, entstammt der Kgl. Universitäts-Frauenklinik in München und umfaßt die Jahre 1900—1912, im ganzen 32 Fälle von Ovarialtumoren, »bei denen die Ovariotomie ausgeführt wurde, und bei denen sich Beziehungen der bestehenden Geschwulst zu einer vorausgegangenen Schwangerschaft nachweisen ließen oder zur Zeit der Operation Schwangerschaft vorlag.« Von letzterer Art sind es 10 Fälle. — Die Schwangerschaft kann trotz Vorhandenseins eines Ovarialtumors vollkommen ungestört verlaufen, und zwar um so leichter, je kleiner die vorhandene Geschwulst ist. Erreicht sie eine gewisse Größe, so werden mehr oder weniger Molimina, Kreuzschmerzen, Obstipation, Atemnot, Ödem der Beine, Störungen der Miktion u. a. m. auftreten. Aber abgesehen davon drohen der schwangeren Frau auch noch alle die Gefahren, die das Kystom auch sonst seiner Trägerin bringen kann, also vor allem Stieltorsion, Verjauchung, Vereiterung. Daß unter dem Einfluß solcher akuter Vorkommnisse die Schwangerschaft leicht unterbrochen werden kann, ist leicht einzusehen. Es scheint aber, als ob Ovarialgeschwülste auch ohne solche markante Ereignisse Abort herbeizuführen imstande wären. — Unter der Geburt kann ein Ovarialtumor vollkommen unbemerkt bleiben, oder zu mannigfachen Komplikationen (Wehenschwäche, ungünstige Lage des Kindes, absolute Gebärunmöglichkeit mit Gefahr der Uterusruptur usw.) Veranlassung geben. Die Gefahren der Ovarialtumoren für das Wochenbett bestehen in der Gefahr einer Infektion des Tumors, der Möglichkeit einer Stieldrehung in dem überdehnten, schlaffen Abdomen und endlich in der Schädigung des durch die Geburt lädierten Beckenbodens (Prolaps!). — Eine möglichst sorgfältige, eventuell durch Narkosenuntersuchung gewonnene Diagnose der Komplikation sowie der speziellen anatomischen Verhältnisse ist in jedem einzelnen Falle unerläßlich. — Hinsichtlich der Therapie während der Schwangerschaft steht die Döderlein'sche Klinik auf dem Standpunkte: Ovariotomie, sobald in der Schwangerschaft ein Ovarialtumor entdeckt wird, gleichgültig, in welchem Zeitpunkte der Schwangerschaft sich die Frau befindet. Die geeignetste Therapie unter der Geburt dürfte wohl in den weitaus meisten Fällen die Sectio caesarea mit nachfolgender Ovariotomie sein. Auch das Wochenbett kann keine Kontra-

Digitized by Google

indikation für eine Ovariotomie darstellen. — Eingehende Berücksichtigung der Literatur. L. Nürnberger (München).

16) **Bertolini** (Perugia). **Vereiterte Dermoidcyste des linken Ovariums als Komplikation des Puerperiums.** (Ginecologia 10. Jahrg. Nr. 5.)

Kasuistische Mitteilung. Bei einer IIpara unter der Geburt Fieber und verzögerte Austreibung, deshalb schwerer Forceps. Fieber dauert an. Linkseitiger Tumor wird als Parametritis und Pelviperitonitis diagnostiziert. Kolpotomia posterior entleert neben Eiter Haare und Fett. Tamponade des Sackes. Das Fieber geht zurück, aber es bleibt eine Fistel, die erst nach Exstirpation des Cystensackes (vaginal) heilt. Knoop (Duisburg).

17) **P. Puech** und **J. Vanverts** (Lille). **Die Rolle des Corpus luteum für die Einbettung und Entwicklung des Eies bei der Frau.** (Bull. de la soc. d'obstétr. et de gyn. de Paris etc. 1913. Mai. Nr. 5.)

Die Verff. bestreiten, daß die Resultate der Tierexperimente Fraenkel's auf den Menschen anwendbar sind. Bezüglich der Einwirkung des Corpus luteum auf die Eieinbettung läßt sich die Frage bei der Frau nicht entscheiden. Zur Frage des Einflusses auf die Entwicklung des Eies stellen Verff. fest, daß bei doppelseitiger Ovariotomie während der beiden ersten Monate der Gravidität es in 25% zur Fehlgeburt kommt, bei Operation im 3. Monate in 11%, im 4. Monate in 12%; bei einseitiger Ovariotomie während der ersten beiden Monate in 16,5%. Auf Grund dieser Tatsachen halten Verff. die Frage nicht für spruchreif, empfehlen aber, Ovariotomien während der Gravidität bis zum 3. oder 4. Monat zu verschieben.
Michaelis (Metz).

18) **Bertino** (Sassari). **Klinischer und pathologisch-anatomischer Beitrag zum Studium der Blutungen ovariellen Ursprunges.** (Ginecologia Bd. X. Hft. 4.)

Intraperitoneale Blutungen sind gewöhnlich zurückzuführen auf ektopische Gravidität. Es können aber alle Formen der Blutung, Hämatome des Ovariums, Hämatokele und freie Blutungen auch ihren Ursprung im Ovarium selbst, meist im Corpus luteum, haben. In den meisten Fällen findet sich das Ovarium erkrankt in Form der sklero-cystischen Degeneration. Von großem Einfluß auf Entstehung der Blutung ist die menstruelle oder prämenstruelle Hyperämie, oder wie in einem mitgeteilten Falle von fast tödlicher, freier Blutung, Koinzidenz von sexuellem Orgasmus mit prämenstrueller Hyperämie. Die Differentialdiagnose gegenüber der Blutung bei ektopischer Gravidität ist meist unmöglich, da auch Abweichungen des menstruellen Typus bei Ovarialerkrankungen auftreten. Kleinere Blutergüsse können resorbiert werden, meist wird sich aber operatives Vorgehen empfehlen. Fünf Krankengeschichten der Florentiner Klinik dienen zur Illustration. Die histologischen Befunde werden ausführlich wiedergegeben.
Knoop (Duisburg).

19) **Garin.** **Zwei Fälle von doppelseitigen Ovarialcysten mit Stieldrehung.** (Revue méd. de la Suisse romande 1913. Nr. 9.)

Beim ersten Falle handelt es sich um Stieltorsion von zwei einkammerigen, faustgroßen Ovarialcysten bei einer 60jährigen Pat., die unter zwei Malen mit den Erscheinungen von Stieldrehung erkrankt war. Der zweite Fall betrifft eine 23jährige Pat. mit doppelseitigen, stielgedrehten, gänseeigroßen, papillären Ovarial-

Digitized by Google

kystomen. Auf der rechten Seite war die Appendix mit dem Tumor verwachsen, und der Inhalt des Kystoms war Eiter. Auf der linken Seite fand sich auch eine stieltorquierte Hämatosalpinx. Alle vier Tumoren waren im gleichen Sinne gedreht, von links nach rechts, im Gegensatz zum Küstner'schen Gesetz, das bei linkseitigen Tumoren eine Drehung von rechts nach links, bei rechtseitigen eine Drehung von links nach rechts verlangt. F. König (Bern).

20) **Silhol. Über das Unzweckmäßige der konservativen Operation der Ovariencysten.** (Arch. mens. d'obstétr. et de gynécol. 1913. April.)

Auf Grund eigener Erfahrungen und einschlägiger Fälle aus der Literatur resümiert der Verf. seine Ausführungen dahin, daß er es für höchst unklug hält, auch beim Vorliegen einer einfachen Ovariencyste das andere Ovarium zurückzulassen, selbst wenn es völlig gesund erscheint. Die Affektionen des Ovarium haben die Neigung, doppelseitig aufzutreten. Das trifft nicht nur für die Neubildungen, sondern auch für die kleincystisch veränderten Ovarien zu. Von den bösartigen Neubildungen ist es schon lange bekannt und gilt es als Regel, daß sie doppelseitig auftreten. Da man es aber keinem Ovarientumor ansehen kann, welchen Charakter er hat, erscheint es richtiger, stets beide Ovarien zu entfernen.
Engelmann (Dortmund).

21) **A. E. Giltscher (Kiew). Die Endotheliome der Eierstöcke.** (Journ. f. Geb. u. Gyn. 1913. p. 737. [Russisch.])

Nachdem Verf. an der Hand einer ausführlichen Besprechung der Literatur über die Fragen, was man unter dem Begriff »Endothel« verstehen soll und was »Endotheliome« genannt werden darf, zu dem Schluß kommt, daß als Endothel nur die Auslage der Blut- und Lymphgefäße betrachtet werden muß und das sog. Perithel Eberth's als apartes Gewebe nicht besteht, beschreibt er seinen Fall von Endethelioma lymphangiomatodes oder Lymphangioendothelioma. Die Geschwulst fand sich als ca. mannskopfgroßes Gebilde, von dem rechten Eierstock ausgehend bei einer 22jährigen Nullipara, die seit 4 Jahren verheiratet war, aber noch nie menstruiert hatte; nur 2—3mal wiederholte sich während jeden Sommers Nasenbluten. — Den Stiel des Tumors bildete die rechte Tube, das Lig. ovar. propr. und Lig. infundibulopelvicum; er wurde abgebunden und der Tumor abgetragen. Als interessanter Nebenbefund wird vermerkt, daß an der linken Uteruskante das Lig. latum als durchsichtige, dünne Membran inserierte; erst ca. 3 Querfinger vom Uterusrande fand sich am oberen Rande des Bandes ein kleiner muskulöser Höcker, von dem nach außen hin eine normale Tube abging und ein normaler Eierstock; es handelt sich also um einen Uterus unicornis cum rudimentario cornu. — Trotzdem Verf. die Endotheliome (in seinem Falle hatte es alveolären Bau) zu den malignen Tumoren rechnet, blieb seine Pat. 2 Jahre lang ohne Rezidiv in Beobachtung. G. Bohnstedt (St. Petersburg).

22) **A. M. Bortkewitsch (St. Petersburg). Myoma sarcomatodes ovarii.** (Journ. f. Geb. u. Gyn. 1913. p. 419. [Russisch.])

Es handelt sich um eine 57jährige Frau, die früher immer gesund war, seit 4 Jahren aber eine anfangs langsam wachsende Geschwulst im Unterleib bemerkt hatte; während der letzten 2 Monate hatte die Geschwulst angefangen, rapid zu wachsen, weshalb sich Pat. zur Operation entschloß. Der Tumor ging von dem linken Eierstock aus und hatte sich intraligamentär und ins Mesocolon sigmoideum entwickelt, entsprach seiner Größe nach etwa einer 8monatigen Schwangerschaft.

Digitized by Google

Er wurde recht leicht ausgeschält und entfernt. — Nachoperationsverlauf ungestört, doch schon nach $1^1/_2$ Monaten erschien die Kranke mit den alten Klagen wieder, mit einem neuen Tumor, der sehr schnell wuchs, eine zunehmende Kachexie verursachte und nach weiteren 7 Wochen zum Tode führte. Der operativ entfernte Tumor enthielt harte und weiche Distrikte; die ersteren hatten den typischen Bau eines Fibromyoms, die weichen eines polymorphkernigen Sarkoms mit zahlreichen, gigantischen Zellen; an Übergangsstellen zeigte sich deutlich die Umbildung der Muskelzellen in sarkomatöse. — Der Rezidivtumor bestand beinahe ausschließlich aus Sarkomgewebe mit zahlreichen Blutextravasaten und Nekrosen.

G. Bohnstedt (St. Petersburg).

23) **Lapeyre. Über die Beziehungen der chronischen Appendicitis zu der kleincystischen Veränderung der Ovarien.** (Arch. mens. d'obstétr. et de gynécol. 1913. März.)

Die durch Veränderungen an den Ovarien bewirkten Beschwerden der Frauen werden heutzutage häufig auf Erkrankungen des Appendix bezogen. Die chronische Appendicitis ist zurzeit das »Leitmotiv«. Es ist durchaus nötig, wenn diese Diagnose gestellt wird, so zu operieren, daß man auch die Genitalien zu Gesicht bekommt, also sich nicht mit einem seitlichen Schrägschnitt zu begnügen. Häufig wird man dann als eigentliche Ursachen der Beschwerden Veränderungen an den Ovarien, gelegentlich auch solche an dem Uterus finden. In der Regel genügt dann die Ignipunktur oder die Teilresektion der Ovarien, um eine Beseitigung der Beschwerden herbeizuführen. Engelmann (Dortmund).

Vulva und Vagina.

24) **J. Trapl. Aktinomykosis vulvae.** (Casopis lékáruv ceskych 1913. Nr. 38.)

19jährige Bäuerin bemerkte vor einem Jahre eine Schwellung im rechten Labium majus, die sich vergrößerte; wurde dann gravid; im 8. Monate bestand ein faustgroßes Infiltrat, das das ganze rechte Labium und die rechte und hintere Scheidenwand bis zum Gewölbe einnahm (Vagina nur für einen Finger durchgängig), bis zum Tuber ossis ischii und über die Mitte des Dammes reichte und das Rektum ringsum einschloß. Stellenweise Fluktuation; mehrere Fisteln, die Eiter mit weißen Körnchen entleerten; in diesen typische Drusen von Aktinoklodothrix. Prognose schlecht. Therapie: Jod innerlich, Sitzbäder in Darkauer Jodsalz. Am Ende der Gravidität wird der Kaiserschnitt ausgeführt und später Salvarsan versucht werden. (Eine Abbildung.) G. Mühlstein (Prag).

25) **S. Koslowski. Pruritis vulvae bei Diabetes mellitus.** Inaug.-Diss., München, 1912.

Kasuistischer Beitrag. L. Nürnberger (München).

26) **Fritz Winkelmann. Beitrag zur Kasuistik des Vulvakarzinoms.** Inaug.-Diss., München, 1912.

In den Jahren 1895—1911 inkl. kamen an der Münchener Universitäts-Frauenklinik 13 Fälle von Vulvakarzinom zur Beobachtung. Die Krankengeschichten dieser 13 Frauen sind ausführlich wiedergegeben. — Die Alterskurve erreicht ihren Gipfel im 7. Dezennium. Als Therapie kommt einzig und allein die Totalexstirpation der Vulva mit Freilegung der Drüsengebiete und Entfernung aller sichtbaren

Digitized by Google

Drüsen in Betracht. — Die Prognose des Vulvakarzinoms ist eine sehr trübe. Von 11 Pat., von deren weiterem Schicksal etwas in Erfahrung gebracht werden konnte, sind 6 schon vor Ablauf eines Jahres, 4 nach einem Jahre und eine nach $2^1/_2$ Jahren ihrem Leiden, i. e. einem Rezidiv erlegen. Immerhin war aus den eingelaufenen Berichten zu ersehen, daß die Operation in manchen Fällen den Zustand der Kranken nicht unwesentlich, wenn auch leider nur vorübergehend, gebessert hatte.

L. Nürnberger (München).

27) **S. Schwaiblmair. Myxofibroma labii majoris.** Inaug.-Diss., München, 1912.

Kasuistischer Beitrag. Bei einer 29 Jahre alten Ipara war im Laufe von 4 Jahren ein großer, 1740 g schwerer Tumor des linken Labium majus entstanden, der sich mikroskopisch als »Myxofibrom mit Lymphgefäßwucherungen« erwies.

L. Nürnberger (München).

28) **Hugo Rachfahl. Pfählungsverletzungen und weibliche Genitalien, im Anschluß an vier Fälle der Klinik.** Inaug.-Diss., Breslau, 1913.

Bei den aus der Klinik berichteten Fällen handelt es sich einmal um Abreißung der rechten Schamlippe mit Hämatombildung, eine Rektoperinealfistel, eine totale Zerreißung des Dammes und eine Schnittverletzung des Totalprolapses. Die drei ersten Fälle wurden durch Naht bzw. Fisteloperation und Dammplastik geheilt. Bei dem vierten Falle wurde die vaginale Totalexstirpation vorgenommen. Mitteilung einer Reihe von Fällen aus der Literatur, u. a. auch solcher von Pfählungsverletzungen bei bestehender Schwangerschaft. Bei den meisten dieser Fälle kam es zu keiner Störung in der Entwicklung der Frucht, selbst in einem Falle nicht, bei dem die Frucht verletzt worden war. Ausführliches Literaturverzeichnis.

Kaufmann (Breslau).

29) **Joseph Jaworski** (Warschau). **Zur Kasuistik der gleichzeitigen Verletzung von Scheide und Mastdarm.** (Gazeta lekarska 1913. Nr. 36.)

Die 13jährige Pat. stürzte vom Baume mit gespreizten Beinen und blieb an einem Aste hängen. Dabei stieß ein Seitenast tief in die Schamteile und perforierte Mastdarm und Scheide etwa 5—6 cm über dem Scheideneingange. Unter Fieber, Schwellung und Schmerzen verkleinerte sich die Wunde, wurde aber erst nachher operativ geschlossen.

Ähnliche Fälle sind selten. Der Verf. gibt einen Überblick der bisher publizierten und schlägt vor, dieselben als spezielle Gruppe der Pfählung anzusehen.

Czyzewicz (Lemberg).

30) **Otto Abraham** (Berlin). **Zur Xerasebehandlung des weiblichen Fluors.** (Berliner klin. Wochenschrift 1913. Nr. 23.)

Xerase, eine Mischung von Bolus und Hefe, wirkt spezifisch auf den gonorrhoischen Fluor. Die Hefewirkung beruht wahrscheinlich auf einem noch nicht näher bekannten Ferment. Der weiße Ton wirkt durch Austrocknung. Statt der schwer löslichen Gelatinekapseln verwendet Verf. jetzt Tabletten. Der üble Geruch wird durch Zusatz von Nelkenöl gebessert. Kolpitiden und Erosionen heilten nach 3—15 Xerasbehandlungen, Cervixkatarrhe bedürfen nur in 10% der intrauterinen Nachbehandlung. In 4 Fällen von Vulvovaginitis kleiner Mädchen wurde Heilung erzielt, außerdem in einem Falle von Proktitis gonorrhoica.

H. Fuchs (Danzig).

Digitized by Google

31) **Dreuw** (Berlin). **Über Druckscheidenspülungen in der gynäkologischen Praxis vor vaginalen Operationen und bei der Prostituiertenuntersuchung.** (Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 25.)

Diese Scheidenspülmethode soll dann angewandt werden, wenn es sich darum handelt, ein von allem Scheidensekret befreites mikroskopisches Präparat der Cervix zu bekommen oder die durch Vaginalsekret verdeckten, kleinen Ulzerationen der Diagnose zugängig zu machen. Das aus feinen Öffnungen eines Rohres austretende Wasser trifft die Vaginalwand, die Sekrete werden durch Kanälchen in ein mittleres Sammelrohr mitgeführt, um dann nach außen hin abzufließen. Nach dem gleichen Prinzip ist ein Spülspekulum konstruiert. Die Apparate werden hergestellt vom Medizinischen Warenhaus, Berlin, Karlstr. 31.

Frickhinger (München).

32) **Pellegrino** (Castelfidardo). **Beitrag zur Kasuistik der vaginalen Hämatome puerperalen Ursprunges.** (Rassegna d'obstetr. e ginecol. 22. Jahrg. Nr. 6.)

Bei einer jungen Erstgebärenden mit Eklampsie post partum und Albuminurie fand sich die hintere und ein Teil der rechten Vaginalwand vorgewölbt durch eine kindskopfgroße Geschwulst, die sich als Hämatom zu erkennen gab. Unter Lokalanästhesie wurden die hintere Vaginalwand gespalten, und die Blutgerinnsel wurden ausgeräumt. Es zeigte sich dann, daß die Blutansammlung wesentlich im Septum recto-vaginale saß. Tamponade der Wundhöhle. Heilung. Meist bedingen schon bestehende Varicen die postpartalen Vaginalhämatome; im vorliegenden Falle wird sicher die Nephritis mitschuldig gewesen sein. Wegen der Gefahr eine Lungenembolie soll man Heilung auf chirurgischem Wege anstreben.

Knoop (Duisburg).

33) **B. Kaufmann** (Marysville). **Eine neue Methode zur Erkennung der Masturbation bei Mädchen.** (New York Med. Journ. 1913. Bd. 98. No. 16. S. 772.)

Der Nachweis der sehr häufigen Masturbation gelingt meist erst dann, wenn längere Zeit hindurch masturbiert ist, und sich typische Veränderungen an den Genitalien zeigen, wobei der Größe der Klitoris kein besonderer Wert beizumessen ist. Als einfaches Mittel empfiehlt K. den Urin einige Tage auf das Fehlen von Hefe zu kontrollieren, dann dem Kind vor dem Schlafengehen ein Spielzeug aus Hefe (oder mit Hefe bestrichen) zu geben, und am Morgen den Urin auf Hefe zu untersuchen. K. kam auf dies diagnostische Hilfsmittel, das sich ihm in zwei sonst unaufklärbaren Fällen bewährt hat, durch Zufall. Er fand bei einem auf Masturbation verdächtigen Mädchen auffallend viel Hefe im Urin und stellte fest, daß das Kind, deren Mutter ihr Brot selbst buk, dabei an dem Backtisch spielte. Der diagnostische Trick ist natürlich nicht von stets absolut einwandsfreier Beweiskraft, hilft aber doch bei kritischer Anwendung den Verdacht auf Masturbation zu kräftigen.

Schottelius (Hamburg).

Originalmitteilungen und Referate für das Zentralblatt wolle man an *Prof. Dr. W. Stoeckel* in Kiel, Monographien, Sonderdrucke und Bücher-sendungen an *Prof. Dr. W. Stoeckel* oder an die Verlagshandlung von *Johann Ambrosius Barth*, Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. W. Stoeckel in Kiel.

Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Digitized by Google

Namen- und Sachverzeichnis.

Digitized by Google

Digitized by Google

Originalmitteilungen.

Ahlfeld, F., Der Mechanismus der Scheidenausspülungen ante partum. p. 1837.
Aichel, O., Über die Herkunft der Keime bei Colpitis emphysematosa. p. 681.
Allmann, Nachteile der Ventrifixur. p. 649.
Alperin, M. S., Reflektorische Schmerzempfindungen bei Druck auf den Plexus coeliacus bei entzündlichen Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane. p. 340.
Asch, R., Die Trachelorrhaphie als Prophylaxe des Cervixkrebses. p. 1221.
Bauereisen, A., Über den Tuberkelbazillennachweis durch den Meerschweinchenversuch. p. 848.
Behne, Ergibt das Dialysierverfahren von Abderhalden eine spezifische Schwangerschaftsreaktion? p. 613.
Berczeller, I., Palliative Behandlung inoperabler Portiokarzinome mit Zuckerstaub. p. 852.
Bilsted, E., Vorfall beider Unterextremitäten neben dem Kopfe. p. 1398.
Björkenheim, E. A., Zur Kasuistik der Kolpaporrhexis sub partu. p. 269.
Bogdanowitsch, M., Entbindung bei vollständiger Lähmung des Rumpfes. p. 809.
Bondy, O., Versuche über die bakterizide Wirkung des Mesothorium. p. 1142.
Bossi, L. M., Die wahre Prophylaxe des Uteruskrebses. Ein Mahnruf an die Gynäkologen. p. 1000.
Braude, J., Die Durchgängigkeit des Cervicalkanals und des Muttermundes am Ende der Schwangerschaft. p. 1709.
— Uterusperforation mit Abreißen des Wurmfortsatzes und multiplen perforierenden Darmverletzungen operativ geheilt. p. 1875.
Brennecke, Die Vereinigung zur Förderung der Wöchnerinnenasyle und ihrer sozialhygienischen Bestrebungen. p. 1285. 1776.
Bucura, C. J., Zur Theorie der inneren Sekretion des Eierstocks. p. 1839.
Bumm, E., Zur Frage der Wundversorgung bei der Radikaloperation des Ca. colli uteri. p. 1.
Daels, F., Über die Wirkung des Elektrargols Clin. p. 329.
— und **C. Deleuze,** Beiträge zum Studium der autolytischen und autoplastischen Vorgänge im embryonalen Gewebe. p. 289.
Deleuze, C. und **F. Daels,** Beiträge zum Studium der autolytischen und autoplastischen Vorgänge im embryonalen Gewebe. p. 289.
Dicke, Myom der Vagina. p. 540.
Dietrich, S., Zur Ätiologie der Hydrorrhoea amniotica. p. 645.
Drews, H., Über die Anwendung des Narkophin in der Geburtshilfe. p. 717.
Eichmann, E., Nierenfunktionsprüfung durch die Phenolsulfonphthalein-Probe. Vorläufige Mitteilung. p. 198.
Ekstein, E., Über Schutzpessare. p. 100.
— Über die zwanglose Vereinigung zur Förderung der Wöchnerinnenasyle und ihre sozialhygienischen Bestrebungen. p. 1684.
Engelmann, F., Die Behandlung der Eklampsie mittels Infusionen von Ringer'scher Lösung. Kurze Bemerkung zu der Arbeit von R. Freund: »Über Schwangerschaftstoxikosen (Dermatosen, Hyperemesis, Eklampsie) und ihre Behandlung mit Serum und Ringer'scher Lösung«. p. 1585.
Fleischmann, C., »Über den Forceps intrauterinus« in Nr. 45 d. Blattes. p. 1774.
Fonyó, J., Ein Fall von Retroflexio uteri gravidi partialis. p. 1258.
— Über das primäre Tubenkarzinom. p. 1317.
Fraenkel, M., Lösung parametritischer Verwachsungen durch Röntgenstrahlen. p. 1570.
Fromme, W. und **H. Hellendall,** Erwiderung auf die von R. Schaeffer in Nr. 6 1913 ds. Blattes gegen unsere Arbeit »Der Handschuhsaft« erhobenen Einwände. p. 619.

Digitized by Google

Froriep, L., Zur Inversio uteri. p. 718.
Gall, P., Pituglandol in der Behandlung der Placenta praevia. p. 334.
Gauss und **Krönig,** Die Strahlentherapie in der Gynäkologie: Röntgen- oder Radiumtherapie? p. 153.
Gerstenberg, E., Bemerkungen zu Heinrich Rotters: Verfahren zur Heilung enger Becken im Zentralblatt für Gynäkologie 1912, Nr. 13 u. 1913, Nr. 2. p. 409.
Gisel, A., Über die Wirkung von Pantopon und Pituglandol in der Geburtshilfe. p. 167.
Goldstrom, M. und **M. Traugott,** Über die bakteriologische Untersuchung des Vaginalsekretes Kreißender und seine prognostische Bedeutung für den Verlauf des Wochenbetts. p. 225.
Gröné, O., Epidurales Hämatom im Rückenmarkskanal bei Neugeborenen. p. 1849.
Guggisberg, Zur Eklampsiebehandlung durch Injektionen in den Rückenmarkskanal. p. 369.
Hansen, P. N., Über die im Uterusstumpfe nach der supravaginalen Amputation sich entwickelnden malignen Geschwülste. p. 610.
Hasse, Zur Behandlung chronischer Beckenerkrankungen. p. 133.
Hellendall, H. und **W. Fromme,** Erwiderung auf die von R. Schaeffer in Nr. 6 1913 ds. Blattes gegen unsere Arbeit »Der Handschuhsaft« erhobenen Einwände. p. 619.
— Längsschnitt oder Querschnitt? p. 936.
Henne, H., Zur Reposition der vorgefallenen Nabelschnur. p. 1853.
Henschen, K., Die diagnostische und therapeutische Fontanellaspiration des subduralen Geburtshämatoms der Neugeborenen. p. 925.
Herz, E., Ein Fall von Uterusptur nach Pituitrin. p. 720.
— Hypophysenextrakte bei Placenta praevia. p. 1536.
Herzfeld, K. A., Über den Forceps intrauterinus Neuwirth's. p. 1774.
Hirsch, M., Über das Verhältnis der Geschlechter. Eine Anregung. p. 419.
Hofmeister, M., Zur Berichtigung. p. 1773.
Hölder, H., Gestattet der »Probedämmerschlaf« eine Bestimmung der Toleranz für Skopolamin-Pantopon bei der nachfolgenden Operation? p. 380.
Holste, C., Vagina septa bei einfachem Uterus. p. 965.
Hörrmann, A., Seltene klinische Erscheinungen einer Beckenbindegewebscyste (Epidermoidcyste). p. 240.
Ilkewitsch, W. J., Über die Behandlung der Puerperalsepsis durch intravenöse Injektionen von Aqua destillata. (Vorläufige Mitteilung.) p. 1399.
Jacub, J., Fibrosarcoma ligam. lati. p. 931.
Jaeger, F., Versuche zur Verwendung des β-Imidazolyläthylamins in der Geburtshilfe. p. 265.
Jarzew, A. J., Über Pathogenese und Behandlung der Eklampsie. p. 301.
Jonas, W., Über puerperale Uterusinversion. p. 1880.
Kalabin, J. S., Über die Anwendung des Phobrols in der geburtshilflichen und gynäkologischen Praxis. p. 1627.
Kalledey, L., Schwangerschaft nach Akromegalie. p. 1030.
Kaufmann, E., Zur Frage der transperitonealen cervicalen Uterusentleerung. p. 541.
Kautt, E., Ein neues Rahmenspekulum für Laparotomien D.R.G.M. Mit einem Nachwort von Herrn Dr. M. Brenner. p. 902.
Kawasoye, M., Über die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf die Eihäute. p. 488.
Kehrer, E., Vorläufige Mitteilung zur exakten röntgenologischen Beckenmessung. p. 55.
v. Klein, C. U., Uterus bicornis (supraseptus) als Ätiologie chronischer Querlage. (Sechs eigene Wendungen in einem, Sectio caesarea in einem anderen Falle.) p. 452.
Koch, C., Kritische Betrachtungen zur Frage unserer modernen Wehenmittel mit besonderer Berücksichtigung des β-Imidazolyläthylamins. p. 564.
Köhler, R., Zerreißung der Vagina sub coitu mit letalem Ausgang. p. 1253.
Kolde, W. u. E. Scholl, Bakteriologische Untersuchungen bei gynäkologischen Erkrankungen. p. 561.
Kolinski, J., Serviettenhalter bei Bauchhöhlenoperationen. p. 462.
Kondring, H., Primäres Cystosarkom des Magens. p. 417.
Kreiss, Ph., Herzfehler und Schwangerschaft. p. 1805.
Krönig und **Gauss,** Die Strahlentherapie in der Gynäkologie: Röntgen- oder Radiumtherapie? p. 153.

Digitized by Google

Krosz, Über Erfahrungen mit Tenosin. p. 1587.
Krug, O., Ein neuer Handgriff (Kreuzgriff) bei Entbindungen. p. 412.
Krüger-Franke, M., Über eine seltene Erkrankung eines Neugeborenen. (Akute Tetanie.) p. 58.
Kuhn, F., Das biologische Moment bei der Behandlung der Vagina. p. 228.
Kunz, H., Herpes zoster im Wochenbett. p. 121.
Lange, J., Instrument zur Anlegung und Entfernung der v. Herff'schen Klammern. p. 1263.
Langes, E., Eine neue Methode der intraperitonealen Verkürzung der Ligamenta rotunda. p. 15.
— Intraperitoneale Verblutung intra partum infolge von Venenruptur des Uterus. p. 537.
Lehmann, F., Klimakterische Blutungen und Karzinomprophylaxe. p. 96.
— Über das Verhältnis der Geschlechter. p. 572.
Less und **Nacke,** Kritische Bemerkungen zur Schnellentbindung bei der Eklampsie mit einem Beitrag zur Aderlaßtherapie der Eklampsie. p. 1189.
Liebich, E., Über einen Fall von Transposition der großen Gefäße. p. 570.
Liebl, Beckenhochlagerung bei Reposition des retroflektierten Uterus. p. 1471.
Liepmann, W., Retentio placentae und Pituglandol. p. 764.
Lieven, F., Zur Wirkung des Hypophysenextraktes. p. 337.
v. Lingen, L., Zur Kasuistik der wiederholten Extrauteringravidität. p. 901.
— Zur Kasuistik der Riesenmyomcysten. p. 1109.
Linzenmeier, G., Die Bedeutung der Hypophysenpräparate für die Hebosteotomie. p. 159.
Lutz, R., Die Reifezeichen der Frühgeburt im 9. Monat. p. 127.
— Zur Eklampsiebehandlung. p. 204.
Maly, G. W., Über eine seltenere Art des Zustandekommens von Uterusverletzungen. p. 763.
Mayer, A., Über die Heilung der Eklampsie durch intralumbale Injektion von normalem Schwangerenserum. p. 297.
— Über die klinische Bedeutung des Abderhalden'schen Dialysierverfahrens. p. 1183.
Metzlar, C., Ein seltener Fall von Ruptura perinei. p. 1684.
Meyer, H., Das Problem der »Kreuzfeuerwirkung« in der gynäkologischen Röntgentherapie. p. 1741.
Meyer, R. und **C. Ruge II,** Über Corpus luteum-Bildung und Menstruation in ihrer zeitlichen Zusammengehörigkeit. p. 50.
Mussatow, N. A., Zur Frage über die Behandlung der chronischen gonorrhoischen Salpingo-Oophoritiden durch intrauterine Injektionen von Argentamin. p. 1470.
Nacke und **Less,** Kritische Bemerkungen zur Schnellentbindung bei der Eklampsie mit einem Beitrag zur Aderlaßtherapie der Eklampsie. p. 1189.
Nádory, B., Einfache chirurgische Versorgung des Nabelschnurrestes. p. 765.
Naumann, L., Eine Vorrichtung zur aseptischen Einführung der Hand in den Uterus. p. 1290.
v. Neugebauer, F., Über eine Geburt 5 Jahre nach vorausgegangener Piccolioperation wegen puerperaler Uterusinversion — zugleich eine Frage an die Herren Fachgenossen. p. 529.
— Kasuistischer Beitrag zur Frage der ungewöhnlichen Fruchtbarkeit des Weibes. p. 1061.
Neuwirth, K., Zur Therapie des Gebärmutterkrebses in den allerersten Anfängen. p. 1223.
— Über den Forceps intrauterinus, die Anwendung der geburtshilflichen Zange innerhalb der Gebärmutter bei nicht verstrichenem Muttermunde. p. 1353.
— »Über den Forceps intrauterinus« in Nr. 37 des heurigen Jahrganges. p. 1652.
Öhman, K. H., Ein Fall von Pyovarium nach einem Partus. p. 1033.
— Uterusmyom und Ovarialblutungen. p. 1566.
Opitz, E., Über die Wirkung von Radiumemanation auf Uterusblutungen. p. 806.
v. Ortenberg, H., Placenta praevia centralis, kompliziert mit absolutem Wehenmangel und Querlage nach Vaginaefixatio. p. 652.
— Die Verwendung gestielter Hautlappen zum Verschluß großer Mastdarm-Scheidendefekte. p. 1713.
Ottow, B., Hämatometra im 80. Lebensjahre, bedingt durch ein Korpuskarzinom bei erworbener Artresia cervicis. p. 275.

Digitized by Google

Parsamow, O., Die biologische Diagnostik der Schwangerschaft nach Abderhalden. p. 934.
Patek, R., Ein Fall von primärem Sarkom des Dünndarms. p. 414.
— Ein Beitrag zur Widerstandskraft des Peritoneums und der Uterusnaht nach Sectio caesarea (von der Patientin selbst ausgeführt). p. 1105.
Peters, »Über die Bestimmung der Schwangerschaftsdauer auf Grund histologischer Placentarbefunde und über etwaige praktische Verwertbarkeit dieser Befunde«. p. 373.
— Nochmals zu: »Schottländer, Über die Bestimmung der Schwangerschaft auf Grund histologischer Placentarbefunde und über etwaige praktische Verwertbarkeit dieser Befunde«. p. 1065.
Petri, Th., Biologische Diagnose der Schwangerschaft. p. 235.
Pobedinsky, N., Die Erfolge des Kaiserschnitts in Rußland in den letzten 25 Jahren. p. 757.
Porchownick, J. B., Die Serodiagnostik der Schwangerschaft. p. 1226.
Poth, H., Kasuistischer Beitrag zur Achsendrehung des myomatösen Uterus. p. 1147.
Prochownick, L., Apparat zur Beleuchtung des Operationsfeldes in kleineren Betrieben. p. 460.
— Akute Tuberkulose nach gynäkologischen Eingriffen. p. 7.
Reich, J., Zum Artikel Ahlfeld's: »Hand von der Gebärmutter«. p. 124.
Rieck, Darmverschluß nach Entbindungen bei plattem bzw. rachitisch plattem Becken. p. 19.
Rissmann, Ist die Eklampsie durch Einspritzungen in den Rückenmarkskanal heilbar? p. 196.
Roemer, R., Ein Fall von Haematoma vaginae et vulvae mit nachfolgendem Verblutungstod. p. 131.
Roosen, R., Eine Vorrichtung zur aseptischen Einführung der Hand in den Uterus. p. 1146.
Rotter, H., Verfahren zur Heilung enger Becken. p. 52.
— Über meine beckenerweiternde Operation durch Promontoriumresektion. p. 1752.
Rubeska, W., Normales Schwangerenserum bei unstillbarem Erbrechen der Schwangeren. p. 307.
Rubner, C., Über das Elektrokardiogramm bei Schwangeren. p. 449.
Rübsamen, W., Technische Schwierigkeiten bei der Punktion des Sakralkanals rachitischer Becken. p. 378.
Rudolph, Über artifizielle Scheidendammdehnungen intra partum. p. 1191.
Ruge II, C. und **R. Meyer,** Über Corpus luteum-Bildung und Menstruation in ihrer zeitlichen Zusammengehörigkeit. p. 50.
Sachs, E., Über die Bedeutung des Streptokokkenbefundes im Vaginalsekret Kreißender. Anmerkungen zu der gleichnamigen Arbeit von K. W. Jötten in Nr. 46 1912 dieser Zeitschrift. p. 607.
Schaeffer, R., Der Handschuhsaft. Entgegnung auf die Arbeit von H. Hellendall und W. Fromme in Nr. 48, 1912 dieses Zentralblattes. p. 206.
Schlimpert, H., Ein Kippstuhl zur Ausführung der hohen extraduralen Anästhesie. p. 92.
Schmid, H. H., Nochmals zum Kampf gegen die kriminelle Fruchtabtreibung. Bemerkungen zu dem Aufsatze von Max Hirsch in Berlin (in Nr. 50, 1912 dieses Zentralblattes). p. 207.
— Über dauernde Erweiterung des knöchernen Beckens durch Promontoriumresektion. p. 1615.
Scholl, E. und **W. Kolde,** Bakteriologische Untersuchungen bei gynäkologischen Erkrankungen. p. 561.
Schottlaender, J., Über die Bestimmung der Schwangerschaftsdauer auf Grund histologischer Placentarbefunde und über etwaige praktische Verwendbarkeit dieser Befunde. p. 193.
— Über die Bestimmung der Schwangerschaftsdauer auf Grund histologischer Placentarbefunde und über etwaige praktische Verwertbarkeit dieser Befunde, eine Antwort auf den gleichnamigen Artikel von Peters in Nr. 11 dieses Blattes. p. 806.
Schürmann, E., Eine neue Modifikation der von mir angegebenen vaginalen Ligamentfixation bei Retroflexio uteri. p. 1813.
Schwab, M., Zur Behandlung Eklamptischer. p. 851.

Digitized by Google

Schwarzwäller, Über den Kegelkugelhandgriff. p. 1289.
Sellheim, H., Drahtschlinge zum unblutigen Vorziehen des Uterus beim vaginalen Operieren. p. 957.
Sieber, H., Zur Skopolaminfrage. p. 496.
Siefart, Interstitielle Gravidität. p. 375.
Sigwart, W., Über die Rückbildung der Blasenveränderungen bei bestrahlten Collumkarzinomen. p. 1645.
Singer, H., Versuch einer Fruchtabtreibung bei Gegenwart einer ektopischen Schwangerschaft; zugleich Beiträge zu den violenten Rupturen der Extrauteringraviditäten. p. 961.
Sippel, A., Die Massage des schwangeren Uterus. p. 1029.
Slingenberg, B., Die Behandlung der Urethritis, Vulvovaginitis und Endometritis gonorrhoica. p. 1450.
Solowij, A., Über die Kontrolle des Verhaltens der Gebärmutter in der Nachgeburtsperiode und in den ersten drei Stunden nach derselben. p. 457.
— Über eine seltene Ursache der spontanen Zerreißung der Gebärmutter während der Entbindung. p. 1623.
— Ein weiterer Beitrag zur Beurteilung des Wertes des von mir angegebenen Frühsymptoms der Extrauteringravidität. p. 1682.
Spaeth, F., Hat das Pituitrin einen nachteiligen Einfluß auf das Kind? p. 165.
Sperling, M., Ein Fall von unstillbarem Erbrechen bei Retroversio uteri puerperalis. p. 55.
Stange, B., Zur Eklampsiefrage. p. 298.
Stolper, L., Hypophysenextrakt und Spätgeburt. p. 162.
Stolz, M., Zur Hyperemesis gravidarum. p. 90.
— Eine neue Methode der intraperitonealen Verkürzung der Ligamenta rotunda im Zentralblatt für Gynäkologie 1913, Nr. 1. p. 169.
— Die vaginale Untersuchung der Kinder. p. 1534.
Stratz, C. H., Heilung von Karzinom durch Probeauskratzung. p. 1141.
Teuffel, R., Kraurosis und Cancroid. p. 998.
Traugott, M. und **M. Goldstrom,** Über die bakteriologische Untersuchung des Vaginalsekretes Kreißender und seine prognostische Bedeutung für den Verlauf des Wochenbetts. p. 225.
— Über die Ätiologie und Prophylaxe der endogenen puerperalen Infektion. p. 1869.
Uthmöller, Zur Behandlung der Eklampsie. p. 305.
— Schwere Geburten nach Vaginäfixur, ein Fall kompliziert durch einen Foetus papyraceus. p. 653.
Varaldo, F. R., Experimentelle Untersuchungen über Eierstocksveränderungen infolge wiederholter Adrenalineinspritzungen. p. 1350.
Veit, J., Zur Technik des Kaiserschnittes. p. 713.
Vogt, E., Über ein unter der Geburt entstandenes Bauchdeckenhämatom. p. 493.
Weibel, W., Extraperitonealer Kaiserschnitt und Beckenspaltung. p. 1649.
— Die operative Behandlung der Rezidive nach der sog. Interpositio uteri vesicovaginalis. p. 1808.
Weisswange, F., Über das Baden der Neugeborenen. p. 1101.
Werner, P., Erfolge und Technik der einzeitigen Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisierung bei Tuberkulose der Lungen. p. 1581.
Westphalen, F., Seitenlage intra partum und »endogene« Infektion. (Bemerkung zur Neuauflage des Hebammenlehrbuches.) p. 280.
v. Wild, C., Über unsere Schrift- und Vortragssprache. Nachklänge an die 85. Naturforscherversammlung. p. 1613.
Zickel, G., Alexander-Adams mit Tuberkulumschnitt. p. 1230.
Zinsser, A., Über die Toxizität des menschlichen Harnes im puerperalen Zustand und bei Eklampsie. p. 481.
Zondek, M., Zur Behandlung der Eklampsie. p. 96.
v. Zubrzycki, J., Eine während der Geburt entstandene Blutgeschwulst der Vulva. p. 274.
Zweifel, P „Die Verhütung der durch Spontaninfektion verursachten Wochenbettfieber. p. 1443.

Digitized by Google

Namenverzeichnis.

(Die mit * versehenen Seitenzahlen bezeichnen Originalmitteilungen.)

Abbe 1084.
Abderhalden 61. 477. 844. 949. 1090. 1368. 1578. 1580. 1635.
Abel 702. 869.
Abels 256. 435. 906.
Abramitschew 752.
Abraham 1899.
Abramson 1867.
Abuladse 182. 403. 750.
Adachi 1803.
Adair 1020. 1827.
Adams 1088. 1251.
Adde 824.
Adler 388. 1557.
Adrian, C. 146. 1050.
Ahlfeld 117. 396. 874. 1124. 1837.*
Aichel 465. 681.*
Aimes 1467.
Albers-Schönberg 594. 727. 1435.
Albert 1153.
Albertin 447.
Albrecht 314. 885.
Albu, A. 252.
Alexander 585. 1060. 1676.
Alexandrow 677.
Alletsee 1828.
Allmann 649*. 815.
Alloria 1668.
Allport 214.
Almann 738.
Alperin 340*.
Alsberg 1460.
Alseder 1804.
Altschüler 223.
Amersbach 527.
Andérodias 1428.
Andryewsky 1578.
Anspach 150. 365.
Antecki 711. 712.
Aepli 709.
Armand-Delille 782.
Armann 1028.
Arnd 327.
Arnold, J. 1310.
Aronsohn 525.
Asch 690. 691. 801. 1221*. 1822.
Aschheim 655.
Aschner 805. 840. 1016. 1177. 1502. 1503.
Aschoff 1058.
Asserson 1772.
Atabekow 640.
Aubert 1697.
Audebert 73. 1458. 1461.
Audry 1179.
Auerbach 1493.
Aulhorn 356.
Auvray 752.
Ayres 1276.

Bab 1678.
Baade 145.
Babcock 674.
Babesch 556. 672. 1178.
Bachmann, R. A. 1211.
Backhaus 1404.
Bacon 1863.
Bailey 1701.
Bainbridge 1304.
Baisch 423. 434. 798. 1886.
Baker-Spalding 1823.
Balás 1270.
Baldauf 1087.
Baldrin 1694.
Baldwin 1834.
Baldy 178.
Ballard 41.
Ballerini 1543. 1763.
Balthazard 1371.
Bamberger 820. 1771.
Bandler 747. 1172. 1674. 1707.
Bar 478. 584.
Barchet 179.
v. Bardeleben, H. 182.
Barjaktarowitsch 1803.
Barker, A. E. 948.
Barney 146.
Barr 1486.
Barret 979.
Barringer 1278.
Baerthlein 1546.
Barton 1492.
Bartram 72. 326.
Bassal 1702.
Bassani 1028. 1639.
Basset 366. 689. 1164. 1268.
Bastianelli 1734.
Basy 948.
Baetzner 1086.
Baudet 600.
Bauer 216. 852. 1284.
Bauereisen 151. 665. 839. 848*. 1055.
Bauholzer 1832.
Baum 118. 473.
Baumm 1014.
Baux 515.
Bayer, C. 791.
— H. 585. 943. 1594.
Barzy 753.
Beatus 1822.
Beck 739. 1077.
v. Beck 1099.
Beckmann, W. 363.
Beddard 1860.
Beer 1176.
Behle 1497.
Behm 1330.
Behne 613*.
v. Behr-Pinnow 1855.
Bell 677. 1094. 1668.
Below 180.
Bender 599. 1340.
Benedict 1612.
Beneke 466.
Benninghaus 947.
Benthin 507. 922. 1477.
Berard 183.
Berczeller 852.
Berder 37.
Berger, Heinr. 873.
Bergh 756.
Bergren 514.
Berlowitz 1867.
Bernheim 1494.
Bernstein, M. 591.

Digitized by Google

Bertino 1458. 1896.
Bertkau 80.
Bertolini 319. 1282. 1896.
Bertrand 521. 1829.
Beuttner 47. 753.
Beyer 637.
Biberstein 1423.
Biener 1727.
Bier, A. 34.
Bierer 1460.
Bilstedt 1398*.
Bittner 872. 1417.
Binz, Ferd. 862.
Björkenheim 143. 269*. 1578.
Blair 1498.
Blairbell 1095.
Bland-Sutton 591.
Bleek 247.
Bleynie 1310.
Bloch 400.
Blum 1590.
Blumberg 1312.
Blume, F. 672.
Blumhardt 1609.
Blumreich 212. 723.
Boas, J. 703.
Bobrie 725.
Boeckel 1058.
Bogdanowitsch 809*. 1126. 1139. 1204. 1313.
Bogoras 833.
Böhm 1452.
Boldt 1245.
Bollag 986.
Bollmann 1134.
Bolot 674.
Bondarew 862.
Bondi 1220. 1463.
— J. 1509.
— S. 1509.
Bondy 398. 684. 918. 1142*. 1164. 1360.
Boni 597. 670. 707. 1019.
Bonneau 1251.
Bonstedt 754.
Boothby 223.
Bordier 1206.
Borelius 1344.
Borell 1489.
Boerma 833. 1079.
Borntraeger 398.
Bortkewitsch 1897.
Boss 1213.
Bossi 551. 1000. 1483.
Bouchacourt 1132.
Bourret 402.
Bouth 1416.
Bovec 876.
Bovier 1632.
Bowaird 1493.
Braasch 184.
v. Brackel 1216.
Brahm 844. 1091.
Brandao 558.
Brandeis 1428.
Brandes 1019.
Brandt 1308.
Braesch 987.
Braude 1709*. 1875*.
Braun, G. 1793.
— H. 34. 967.
Braunstein 1495.
Brav 150.
Brennecke 1037. 1285*. 1776*.
Bresslau 519.
Bretschneider R. 32. 246.
Brickner 1022.
Brix 1309.
Broccha 1180.
Brochocki 709.
Brocks 1053.
Brodfeld 954.
Bromberg 1791.
Brooks 597.
Bröse 655.
Brouha 1827.
Broun 1497.
Brown 1336. 1499.
Bruck 954.
Brüggemann 950.
Brühschwein 1131.
Brüning 1548.
Brütt 1077.
Bryan 1864.
v. Bubnoff 1770.
Buchbinder 1314.
Bucklin 600.
Bucura 1839*.
Buford 1281.
Buia 1178.
Bukoemsky 1178.
Bukojemsky 1015.
Bull 590.
Büll 1057.
Bullard 1830.
Bumke 1820.
Bumm 1*. 74. 889. 1235. 1486. 1604.
Burckhard 1886.
Burckhardt, Gg. 116.
Bürger, L. 189. 1053. 1087. 1280. 1281. 1701.
Burgl 41.
Burmann 222.
Burnham 1466.
Burrowsy 1211.
Butcher 1304.
Buteau 1241.
Buttersack 36.

Calderini 953.
Calmann 545. 741. 814.
Cantoni 1016.
Capaldi 1339.
Capellani 1337.
Carini 874.
Caro 477.
Carrel, H. 447.
Carstens 749. 1500.
Caruso 640. 825.
Cary 1340.
Casper, L. 1053.
Cathala 77.
Cathelin 827.
van Cauwenberge 1179.
Cervenka 1177.
Chabrun 1309.
Chaillet 1862.
Chaimtschik 1764.
Chalier 1632.
Chalmers 1394.
Chambard 948.
Chapius 750.
Chaput 1694.
Charlier 790.
Chauffard 510.
Chavannez 82.
Chéron 1378.
Chiaje 1020.
Chilaiditis 1059.
Child 1174.
Childs 1802.
Chirié 73. 1272.
Chisholm 1500.
Chodounsky 441.
Cholmeley 669.
Cholmogorow 555. 679.
Chomjakowa-Busslowa 448.
Christen, T. 1206.
Christiani 671. 1169. 1611.
Cioc 672.
Clark 177.
— A. 39.
— J. G. 1083.
— L. P. 524.
Clermont 1702.
Cleveland 363.
Cloack 1546.
Clough 1500.
Coffey 251.
Cohn, F. 246. 1016. 1551.
— M. 593. 1060. 1866.
— R. 712.
— Th. 1054.
Coldevini 1284.
Colombarolli 1341.
Colorni 1767.
Commandeur 408.
Condon 1697.
Connell 1211. 1217.
Coolidge 473.
Corbett 147. 984.
Cornell 1493.
Corner 985.
Cornet 1632.
Coste 294.

Digitized by Google

Costes 40.
Cottenot 1305.
Cotton 223.
de Courmelles 1437.
Couvelaire 514. 1291.
Crad 1126.
Cragin 1893.
Cramer 1662.
Credé 1704.
Credé-Hörder 222. 328. 475. 783. 1358. 1664.
Crile 1491.
Cristea 1177.
Croci 756.
Croner 400.
Croom 114. 693. 697. 1121.
Cruet 867.
Cullen 636. 1083. 1865.
Cuntz 1676.
Curtis 218. 1171. 1702.
Cykowski 554.
Czarkowski 366.
Czyborra 744.

Dabney 1022.
Dahlmann 350.
Daels 48. 84. 188. 329*. 989*. 1340. 1348.
Daniel, C. 75. 245. 1692.
— G. 294.
Darnall 1336.
Daude 1732.
David, V. C. 1171.
Davidson 696.
Davies 475.
Davis 1391.
— Asa *B.* 676. 680.
— C. H. 1733.
— E. P. 176. 407. 710. 1175. 1342. 1708.
— Rob. H. 952.
Day 1271.
Deaver 1173.
Debeyre 1023.
Decio 1368.
Dedeck 1771.
Dedek 873.
De Lee 1688.
Delétrez 978.
Deleuze 989*.
Delmas 445. 747.
Delore 219.
Dennet 1374.
Denny 1632.
Depree 1491.
Dergane 1705.
Dessauer 1525.
Deutz 1738.
Dick 218.
Dicke 540*.
Dickinson 1048. 1859.
Dienst 436. 512. 527. 572. 666.
Diesing 863.
Dietrich, Frl. 1002.
— S. 645*.
Ditler 987.
Dluski 1135.
Dobbert 1547. 1866.
Dobbertin 789.
Dobrowolskaja 1348.
Doederlein, A. 74. 112. 310. 312. 426. 728. 893. 972. 1381.
Döderlein, Th. O. 1024.
Dohrn, K. 118.
Doléris 81.
Donald 1671.
Donnaieski 215.
Dorlencourt 1025.
Dorn 1857.
Dostál 1638.
Dreuw 1900.
Douglas 824.
Doussy 1348.
Drennan 1375.
Drews, H. 717*. 1131.
Dreyer 875. 1492.
Driessen 1631.
Duff 559.
Duffek 1291.
Dufour 554.
Dufourt 1273.
Dührssen 399. 581. 679. 702. 1539.
Dujol 1638.
Dumont, F. 224.
Dunbar 1421.
Duncan 1175.
Dupont 1498.
Durlacher 517. 1640.

Earl 1669.
Eastman 1210. 1856.
Ebeler 364. 818. 1707.
Eben 1801.
Ebner 1672.
Eckelt 847. 1603. 1757.
Edelberg 71.
Edelmann, H. 1025.
Edgar 1026. 1737.
Edward 405.
Ehler 557.
Eicher, S. 291.
Eichhorst, H. 368.
Eichmann, Elise 198.* 1131.
Einsle 1770.
Eisenach 510.
Eisenbach 1562. 1723.
Eisendraht 253. 1375.
Eisner 1347.
Ekler 667. 982. 1501. 1504. 1549. 1677.
Ekstein 100*. 120. 582. 914. 1094. 1212. 1684*.
Elgart 947.
Elpers 1048.
Els, H. 439.
Elschansky 518.
Elten 179.
Enea 1338.
Endes 637.
Engel, St. 473.
v. Engelhardt 1795.
Engelhorn 731. 1607.
Engelking 1079.
Engelmann 119. 1026. 1048. 1585*.
Engström, O. 587.
Epstein, Emil 984.
Erdmann 1858.
Ertl 1138.
Esch, P. 32. 921. 1055.
Espeut 1734.
Essen-Möller 1384.
Etienne 1610.
Evans 552.
Ewart, W. 788.
Ewing 1704.
Exchaquet 37.
Exner 1488.
Eylenburg 499. 501.
Eymer 727.

Fabre 402. 1393. 1892.
Fabricius 911.
Facilides 1733.
Fairise 1250. 1641.
Faklin 327.
Falgowski 586. 924. 925. 1550. 1763. 1864.
Falk 37. 1658.
— Edm. 595. 1018.
— H. C. 1217.
Falta 1207.
Farkas 1041.
Farrar 1573. 1707.
Faugère 1247. 1768.
Faujas 516.
Faure 1082.
Fayol 404.
Fedde 1133.
Fedorow 1594.
Fehland 295.
Fehling 683. 1052. 1594. 1657.
Feig 292.
Feith 187.
Fekete 1039.
Felldin 974.
Fellner 921. 972. 1819.
Fenwick 705.
Fergusson 696. 698.
Fetzer 885.
Field 402.
Figueroa 1127.
Findley 589.
Finkel 1830.

Digitized by Google

Finken 1830.
Finsterer 832.
Firket 250.
Fischer, Ad. 834.
— Alfons 1887.
— H. 1457.
— M. 1704.
Fischl, R. 710.
Fishbein 249.
Fitzgibbon 978.
Flatau 736. 746.
Fleischer 635.
Fleischmann 1247. 1774*.
Fleisher 1728.
Fletcher, F. 1125.
Fleurent 1595.
Flöel 80.
Fodor 1580.
Foges, Arth. 1014.
Folliet, L. 82. 83. 408.
Fonio 1171.
Fonyó 1258*. 1313. 1317*.
Fordyce 697.
Forges, O. 146.
Fornero 1252. 1545.
Forssner 1474.
Fothergill 1126.
Foulkrod 1833.
Fournier 1461.
Fraipont 190. 1541.
Frank 106. 814. 982. 1218. 1390.
— Er. 1422, 1423.
— L. 1087.
— R. T. 406. 1173.
Frankau 669.
Franke, C. 214.
Fränkel, E. 1731.
— James 865.
Fraenkel, L. 776. 840. 1595.
— M. 36. 1570*.
Frankl, 441. 800. 907. 1047. 1523. 1556. 1763. 1785.
v. Frankl-Hochwart 1472.
v. Franqué 845. 897.
Franz 34. 347. 542.
— R. 42. 322. 440. 708.
Franzius 598.
Fraser 822.
Frazier 1612.
Freeman 1175.
Freudenthal 1540.
Freund 1495.
— E. 596.
— H. 921. 1595. 1686.
— R. 34, 542. 553. 838. 844. 1091. 1596.
— W. A. 1630.
Frey, E. 328.
Fridon 1482.
Friedeberg 671.
Friedemann 518.
Friedmann 1025.
— Leo 705.
Friedrich, 790. 1269.
Fritsche, Er. 445.
Fromme, F. 253. 321. 657. 797. 877.
— W. 619.*
Frommer 1520. 1569. 1759.
Froriep, Leop. 718*.
Frühinsholz 1024.
Fuchs 744. 1166. 1636.
Fühner 755. 756.
Fullerton 755.
Funck-Brentano 523. 662. 1637.
Funk, V. A. 1056.
v. Funke 1766.
Furniss 1274. 1279. 1280. 1336. 1793.
Fuss, A. 638.
Fussell 1176.
Füth 924. 1281. 1737.

Gaifami 829. 954. 1026. 1376.
Gall 334*.
Gallant 1823.
Gambarow 598. 1579.
Gammeltoft 1762.
Gann 1215.
Garceau 174.
Garin 1896.
Gatewood 403.
Gauss 35. 153*. 890. 894. 1058. 1305. 1606.
v. Gaza 1217.
Geiringer 1795.
Gellhorn 1083.
Gemmell 833.
Gengenbach 1667.
Genther 41.
Gentili 1249.
Ger 145.
Gergö 325.
Gerschun 825.
Gerstenberg 409*. 1658.
Gildenmeister 1546.
Gillmore 1307.
Giltscher 1897.
Ginesty 795.
Gisel 167*.
Gmeiner 748.
Gmelin, Jul. 287.
Godemel 518.
Goffe 178. 363. 1440.
Goldberg 354.
Goldfeld 109. 1024.
Goldmann 1270.
Goldstein 1100. 1152.
Goldstrom 225*. 1478.
Goldthwait 1731.
Gonnet 192.
Good 1344. 1674.
Goodman 1466.
Goodmann 1336.
Gordon-Bennet 448.
Gorisontow 405.
Gottignies 38.
Gottschalk 436. 1636. 1658.
Goudsmit 1580.
Gould 870.
Goullioud 188. 219. 404. 1632.
Goursatas 250.
Graef, W. 980.
Gräfe 659.
Graefe, M. 700.
Gräfenberg, E. 37. 921.
v. Graff 110. 800. 801. 951. 1196. 1507. 1531.
Graham 1271. 1856.
Grandjean 1052.
Grann 1562.
Grant 1128.
Graves 1248. 1345.
Green, B. 824.
Green-Armytage 822. 977.
Greensfelder 403.
Greer-Banghman 672.
Grégoire 517.
Greife 1667.
Gretschel 1023.
Grigaut 510.
Grimsdale 1023.
Gröné 1849.
Grosz 81. 1193.
Grotenfelt 218.
Groth 251.
Grover 1612.
Grube 104.
Gruber 1835.
Grumann 1418.
Grünbaum 43.
Grunert, E. 792.
Grusdew 1591.
Gudd 1426.
Gudim-Lewkowitsch 368.
Gudzent 1304.
Guéniot 76. 590.
Guggenheim 45. 1138.
Guggisberg 369*. 683. 842. 917.
Guicciardi 1372.
Guseff 43.
Gushee 513.
Gussew 584. 712.
v. Gutfeld 1122.
Gutmann 753. 1579.
Guttmann, W. 1193.
Gutzmann 345. 1835.

Haagn 1313.
Häberle 549. 735.
Häberlin 148.
Habuto 1280.
Hadden 1172.

Digitized by Google

Haddon 1420.
v. Hafenbraedl 1836.
Hagedorn 1086.
Hager 1376. 1608.
Hagner 255.
Hahn, G. 1829.
Haim 794. 818.
Haitschmann 835.
Halban 858.
v. Halfern 599.
Hall 77. 1240.
v. Haller 1824.
Halstedt 1172.
Hammerschlag 1696.
Handley 1731.
Haendly 345. 591. 895. 940. 1454. 1604. 1798.
Haneberg 1894.
Haenisch 594.
Hannes 111. 1165. 1552. 1769.
v. Hansemann 1496. 1596.
Hansen 610*.
Hanson 1373.
Hapke 114. 1634.
Harabath 1764.
Hare 477.
Harper 1893.
Harrar 324. 678. 1343. 1769.
Harrigan 1309.
Harris 444.
Harrison 176. 1892.
Hart 1596.
Hartig 516. 681.
Hartmann 584. 1048.
— G. W. 1053.
— Henri 443.
— J. P. 818.
— K. 1515.
Hartung, E. 526.
Harttung 1100.
Hartwell 1314.
Hartz 77.
Harvey 442.
Hashinsky 152. 637.
Hasse 133*.
Hauch 1210.
Haultain 694.
Hauser 87. 780. 1219. 1576.
Hausmann 1481.
Haussknecht 327.
Hayaski 707.
Hayd 1242.
Haykens 710.
Heald 1271.
Healy 1246.
Heaney 1419.
Heany 1736.
Hecht 1215. 1490.
v. Hecker 1724.
Heckner, F. 111. 874.
Hedde 1610.
Hedges 1241.
Hegar 1692.
Hegler 1731.
Heil 683.
Heilner 1422.
Heimann 324. 506. 508. 820. 982. 1165. 1606.
Heineck 78. 750.
Heinemann, W. J. 367.
Heinrichsdorff 1017.
Heinricius 586. 678.
Heinsius 1167. 1231. 1332.
Helle 1764.
Hellendall 619*. 936.*
Heller, Jul. 1087.
Helm, H. 981.
Hench 707.
Hengge 314. 423.
Henitt 1671.
Henkel 60. 71. 401. 437. 517.
Henne 1853*.
Henry 443. 1092.
Henschen, K. 925*.
Herbert 1174.
v. Herff 581.
Herrenschneider 116.
Herrgott 788.
Herrmann 289. 843. 1563.
Hertle 832.
Hertwig 1796.
Hertz, Art. 985.
Hertzler 1705.
Herz, E. 720*. 1536*.
— P. 829.
Herzfeld, A. 442.
— B. 1497.
— K. A. 1774*.
Herzog, M. 1024.
Hess 1277. 1496.
Hesse, Er. 947.
— O. 38.
Heully 1250.
af Heurlin 478.
Heuser 149.
Hewat 1546.
Heyde 1727.
Heymann, H. 973.
Heyn 496. 1166.
Heynemann 37. 467. 797. 803. 900. 1123.
Hicks 1638.
Hiess 1504. 1508.
Hilferding-Hönigsberg 480.
Hilkowich 1457.
Hill 1609.
Hilscher 1857.
Hinselmann 918. 1121.
Hirano 1792.
Hirsch 624. 737.
— Gg. 146.
— H. Gg. 592.
— Jos. 44.
— L. 743.
Hirsch, M. 419*. 744. 749.
Hirschberg 221. 222.
Hirschfeld 871.
Hirschfelder 1136.
Hirst 1125. 1129. 1176. 1459. 1833.
Hitschmann 1575.
Hock 1700.
Hofbauer, J. 517.
Höfer 1169.
Hoffmann, Ad. 876.
— E. 954.
— J. 1208.
Hoefl 1826.
v. Hofmann 1700.
Hofmeier 735. 1329. 1510. 1773*.
Hofstätter 905. 1730.
Höger 1762.
Hoehl 35.
Hohlweg 1345.
Höhne, O. 248. 292.
Hölder, Helene 187. 380*.
Hollaender, Eug. 1597. 1705.
Holländer, J. 1129.
Hollós 705. 1135.
v. Holst 84.
Holste 916. 965*.
Holth 953.
Holzapfel 1597.
Holzbach 799. 897. 1606.
Honan 792.
Honig 712.
Hoogkamer 777.
Horand 404.
Horisonton 1591.
Hörrmann 240*. 310. 312.
Horsley 1170.
Horst 465.
Horváth 1039. 1136.
Hotaling 1336.
Hottinger 1052.
Houck 791.
Hrdlicka 224.
Huber, J. 795.
Hübotter 1755.
Hüffell 1414.
Huffmann 1283. 1498.
Hughes 986. 1315.
Hughes-Hielscher 1860.
Huguier 1703.
Humiston 1241.
Humpstone 43.
Hummer 254. 1085.
Hüssy 1090. 1370.

Ilgner 919.
Ilkewitsch 1399*.
Ill 1241.
Imchanitzky-Ries 526.
Ingraham 1829.
Inos 1540.

Digitized by Google

Ishil 635.
Isobe 1274.
Issel 1580.
Iwanow 709.

Jaboulay 192. 441.
Jackson 1210.
Jacobson 1572. 1804.
Jacoby, S. 1854.
Jacub 931*.
Jaeger 265*. 1675.
v. Jagic, N. 114.
Jagle 1021.
Jalifier 219.
Jambé 1708.
Jampolsky 1481.
Janea 1697.
Jansen 1700.
Jardine 1421.
Jaroschy 1218.
Jarzew 301*.
Jaschke 42. 782. 795. 799. 1553.
Jasqué 1136.
Jastrzebski 402.
v. Jauregg 1483.
Jaworski 752. 1425. 1762. 1861. 1899.
Jayle 1861.
Jayuot 1641.
Jeannin 76.
Jeanselme 953.
Jejgin 1829.
Jelke 1612.
Jellet 1644.
Jellinghaus 1635.
Jennings 1137.
Jessup 184.
Jianu 181. 444. 791.
Jocobovici 1670.
Johnstone 695. 1441.
Jolly 556. 1442. 1760.
Jonas 1426. 1880*.
Jones 979. 1242. 1670.
Jonges 865.
Joergensen-Wedde 1791.
Joseph, Eug. 256.
Juda 1027.
Jullien 1344. 1765.
Jung 1607.
Jüngling 1548.
Jurcic 1639.
Just 1670.

Kaarsberg 1474.
Kadisch 1868.
Kadyschewitsch 1765.
Kaiser 771. 1153. 1154.
Kalabin 1627*.
Kalbanowsky - Korotkina 474.
Kalefeld 509.
Kalima 81. 407.
Kalledey 801. 1030*. 1136. 1369.
Kalmanowitsch 1370.
Kalmikow 677. 680.
Kaminer 596. 1495.
Kamio 152.
Kamperman 46.
Kapsammer 1863.
Karewski 791.
Kasashima 550. 551.
Kassowitz 1545.
Kaestner 1779.
Katz 1347.
— Gg. 1180.
— T. F. 190.
Kaufmann, E. 541*.
— P. J. 952.
Kausch 251. 293.
Kautt 902*.
Kawasoye 488*.
Kawczynski 1867.
Keck 474.
Kedrierski 586.
Keetmann 1799.
Kehrer 133. 134. 523. 1157.
— Ad. 30.
— E. 55*. 779. 780. 919.
Keil 465.
Keilmann 1169.
Keith 788.
Kelen 1529.
Keller 30. 1722. 1802.
Kelling 634.
Kelly 148. 177. 1609. 1664.
v. Kemnitz 1859.
Kemp 11498.
Kennedy 255. 783. 1421.
Kenyon 1707.
Kermauner 396. 639. 943. 1462.
Kerness 1772.
Kessler, Aug. 288. 442.
Keweloh 294.
Kielleuthner 706.
Kiesin 1768.
Kintsi 397.
Kirchberg 1607.
Kirchhoff, W. 293.
Kirkley 176.
Kirschner 1706.
Kirstein 119. 726.
Kisch, Eug. 981.
Klausner 1482.
Kleemann 500.
Klein 71. 317. 622. 623. 898. 1606.
— H. V. 1559.
— J. 1598.
v. Klein 452*.
Kleinertz 220.
Kleinhans 1828.
Kleinmann 77.
Kleinschmidt 949.
Klemperer 1243.
Klinkert 1371.
Klippermann 111.
Klotz 1488. 1138.
Knack 1666.
Knapp 1818.
Kneise 968.
v. Knorre 866.
Knox 1380.
Koblanck 23. 213. 655.
Koch 31. 71. 564*.
Kohashi 1461.
Köhler 1253*.
Kolb 319. 1579.
Kolde 142. 561*. 729. 778. 1490.
Kolinski 462*.
Kolisch 1518.
Kolischer 1465.
Kollmann 1854.
Kondring 417*. 876. 1415.
König 40. 704. 1483.
König 40. 704. 1483.
Königer 1077.
Königsberger, M. 785.
Koopmann 872.
Koplik 1394.
Koslowski 1898.
Kosmak 1027. 1341. 1342. 1732.
Kotzulla 558.
Kouwer 555.
Kowalski 506.
Kowarschik 1466.
Kowner 1543.
Kraft 1598.
Krakauer 711.
Krämer 982.
Kratochvil 45. 509. 1610.
Kraus 584.
Krause, P. 1209.
Kreisch 1213.
Kreiss 802. 1152. 1373. 1805*.
Kremer 1823.
Kretschmer 828. 1465.
Kretzschmar 1665.
Kreutzmann 1663.
Kreuzfuchs 1532.
Krieger 1284.
Kriwski 743. 894.
Krohne 913.
Kroemer 72. 701. 803. 896. 922. 1606.
Kröner 1693.
Krönig 74. 112. 153*. 890. 1058. 1437.
Kroph 1558. 1780.
Kropiwnicki 587.
Krostoszyner 1053.
Krosz 1587.*
Krüger 412. 593. 596. 1001.
Krüger-Franke 58*. 63. 64.

Digitized by Google

Krukenberg 1800.
Krusen 77.
Ksido 675.
Kubiak 671.
v. Kubinyi 1040. 1041. 1200. 1201. 1202.
Kudoh 1391.
Kuhlhoff 978.
Kuhn, F. 228*.
Kümmell 34. 1464.
Kuntzsch 1235.
Kunz, Hans 121*.
Kunzel 875.
Kusmin 513.
Kusnetzky 144.
Kuschtalow 635.
Küster 688. 1165.
Küstner 74. 684. 918.
Kutassow 406.
Kutscher 1547.
Küttner, H. 555.
Kutvirt 1421.
Kynoch 698. 1251.

Labendzinski 553. 1767.
Labhardt 822.
Lacassagne 408. 1801.
Lackie 694.
Ladinski 747. 1633.
Lamacchia 1339.
Lambret 407.
Lamers 221. 698. 701.
Lamouroux 366.
Lamparsky 824.
Lampé 1424. 1636.
Lampert 1341.
Landau, L. 211.
Landmann, Kurt 1127.
Landsberg, N. 469. 805. 1122.
Lane 1499.
Lange, Joh. 1263*.
— S. 1860.
Langemak 75.
Langes 15*. 537*. 601*. 1604.
Langstein 709.
Lapenta 1856.
Lapeyre 1898.
Laquerrière 1801.
Laqueur, A. 1598.
Laroche 510.
Laserstein 655.
Latzko 911. 1294. 1300. 1533. 1796.
Laubenheimer 396.
Laudon 1669.
Lavandera 1216.
Lawatschek 710.
Lawen 793.
Lawson 406.
Lazarus, P. 1798.
Leckie 1347.
Lederer 1504.
Lefevre 513.
Legiardi-Lama 1739.
Legueu 1791. 1794.
Lehle 423.
Lehmann 96*. 572*.
Lehrieder 190.
Leidenius 1817.
Leigh-Watson 1212.
Leighton 635.
Leisewitz 117.
Leist 746.
Le Lorier 783.
Lemaire 1496.
Le Masson 1829.
Lembcke 35.
Lenz 437. 526.
Lenzi 1338.
Leo 467.
Leonard 1271. 1732.
Leonhardt 1545.
Lepage 1430.
Leriche 404. 1315.
Le Roy Broun 674.
Leschke, E. 949.
Lesniowski 365.
Less 1189*.
Letulle 1177.
Leuenberger 635.
Levi 1830.
Levisohn 325.
Levison 1137.
Lévy 47. 637. 1830.
Levy-Dorn 1795.
Lewin 48. 673. 1244. 1348.
Lewis 1609.
— B. 1280.
— T. H. 1732.
Lewy, 1219.
Lian 479.
v. Lichtenberg 1050.
Lichtenstein 141. 322. 384. 838. 845. 1110. 1341. 1415. 1423.
Liebeck 826. 1080.
Lieberberg 366.
Liebesny 1565.
Liebich, E. 570*.
Liebl 1471*.
Liegner 1359. 1692.
Liepmann 290. 319. 347. 582. 764*. 1545. 1762.
Lieven 337*.
Lihotzky 1194. 1782.
Lilienthal, H. 84.
Lindemann 837. 1598.
Lindig 70. 950.
Lindsay 522. 1347.
v. Lingen 824. 901*. 1109*.
Linke 516.
Linkenheld 1599.
Linzenmeier 159*. 958*. 1019. 1428. 1483.
Lipski 553.
Litchfield 1821.
Littig 523.
Litzenberg 1737.
Loeb 635. 673. 869. 1728.
Lobenhoffer 1345.
Lobenstine 704. 1335.
Lockhart 367.
Löfqvist 406.
Loehnberg 1479.
Lomer 102. 107. 1888.
Longard 1738.
Loofs 945. 1416.
Lorey 1047.
Lörincz 1139.
Lorrain 1703.
Lorrain-Smith 1248.
Losa 1635.
Loeschke 1048.
Losce 475.
Lotheissen 1140.
Lott 668. 1336.
Loubat 82.
Lovrich 1089.
Loen, Hugo 86.
Loewenhaupt 119.
Löwenthal, S. 1799.
Lower 1279.
Löwy 703.
Lubasch 46.
Ludwig, E. 474.
— F. 1698.
Lumpe 915.
Luppow 77. 597.
Lurie 1547.
Lurz 1057.
Lutz, Rolf 127*. 204*.
Luys 832. 1793.
Lynch 793. 1419.
Lyon 869.

Maasland 864.
Maas 1218.
MacCarty 1804.
Macdonald 1284.
Macfarlane 186. 1019.
Mackenrodt 23. 939. 1599.
MacNider 1792.
Madschuginsky 189.
Magnan 1830.
Magnus 1729.
Maiella 1338.
Maiss 692.
Makowski 1020.
Malcolm 253.
Malinowsky 676.
Mallet 1172.
Maly 763*. 818.
Mandl 1786.
Mann 1215.
Mannaberg 1208.
Mansfeld, O. 843. 919.
Marchand 572.

Digitized by Google

Marek 217. 1542.
Markoe 511. 710. 1632. 1675.
Markus, N. 984.
Marquis 328.
Marschner 133.
Martin, A. 1414.
Martin, Ed. 350. 545. 1038. 1459.
Martin, F. H. 175.
Martin, H. L. 668.
Martinet, Alfr. 795.
Martini 291. 1695.
Masay 1136.
Maeschtle 1644.
Massabuau 1610.
Massag 87.
Masurin 555.
Mathias 875.
Matsuoko 707.
Matthaei 1070.
Matthey 1769.
Mauwaring 84.
Maverick 1729.
Maxwell 1458. 1859.
Mayer 1367. 1369.
— A. 297*. 549. 800. 843. 1183*. 1483. 1503.
Mayo 866.
Mazet 192.
McAfee 1127.
McArthur 1271.
McCann 695. 1021.
McClurg 673. 869.
McConnell 1315.
McCord 983.
McGillavry 673.
McIlroy 217.
McMorrow 1673.
McPherson 823.
McWilliams 1314.
Mecht 1696.
Medalia 819. 820.
Mees 548. 783.
Meidner 703. 704. 1208.
Menge 74. 1150.
Merckens 822. 1137.
Merkel, C. 945.
— H. 1401.
Messa 1251.
Metzlar 1684*.
Meurer 1643.
Meves 638.
Meyer, A. 1766.
— E. 508. 525.
— H. 1741*.
— Leop. 707.
— P. 350. 1120. 1669.
— Rob. 50*. 142. 350. 351. 1333. 1453. 1599.
Meyer-Ruegg 82. 1695.
Michailow 679.
Michel 405.
Michin 707.
Miller 594. 1462. 1490. 1509.
— G. Brown 1023.
— J. R. 1059.
Miller-Kahn 1172.
Mills 836.
v. Miltner 1695.
Minakuchi 1693.
Minuchin 216. 865.
Miranda 1337.
Mischin 746.
Mitsuoka 1820.
M'Kendrick 694.
Mohr 770. 800. 1603.
Moler 987.
Molinari 1233.
Moloff 405.
Momburg 1088.
Monod 558.
Montgomery 178. 785.
Montuoro 1479.
Moore 559. 1021.
Moos 692. 973.
Moore 559. 1021.
Moos 692. 973.
Moraller 35. 280.
Moran 976.
Morian 556.
Moritz 1673.
Morley 1891.
Morris 1089. 1707.
Morse 1243.
Morton 1020.
Mory, E. 44.
Mosbacher 508. 839.
Moschcowitz 1463.
Moutaz 1128.
v. z. Mühlen 1635.
Mühsam 1282.
Mülberger 75.
Müller 595.
— A. 222. 424. 736. 789.
— E. 1739.
— G. 587.
— O. 1866.
Muellerheim 1600.
Mulzer 1481.
Murard 78. 220. 250.
Muret 1346. 1463. 1600.
Murphy 1494.
Murray 253. 871.
Mussatow 515. 955. 1470*.
Myers 1316.

Nacke 1117. 1189*.
Nádory 765*.
Nagamochi 115.
Nagel 1441.
Nagoya 1666.
Nagy 1577.
Narath 1314.
Natvig 985.
Naumann 1290*.
Nauvian 295.
Nebesky 1727. 1819.
Neel 1083. 1664.
Nemenow 1592.
Neu 798.
Neuberg 1341.
Neubner 745.
Neugebauer 1858. 1831.
v. Neugebauer 529*. 1061*. 1369.
Neuhof 1459.
Neumann, A. 1090.
— J. 289.
— M. A. 1740.
Neuwirth 1223. 1353*. 1519. 1652*. 1737.
Newell 176.
Newman 84.
Nicloux 1370. 1371.
Nicolay 1735.
Niklas 1273.
Nikolsky 833. 1663.
Nitze 221.
Noack 396.
Nobel 1215. 1490.
Noble 175. 443.
Nogier 1489.
Noland 987.
v. Noorden 114. 1472.
Norris 521. 1894.
Nothmann 875.
Novak 146. 749. 841. 1564.
Nowikow 509.
Nußbaum 1373.

Obata 397. 1015.
Obst 1633.
v. Oefele 48.
Offergeld 702. 796.
Ogata 549.
Ogden 787.
Ogórek 440.
Öhman 1033*. 1566*. 1663.
Okintschitz 599. 825.
Oldenborg 1021.
Oldfield 752. 1023.
Olivier 705. 1638.
Ollerenshaw 827.
Olliver, J. 979.
Openheimer, R. 830.
Opitz 838. 922.
— E. 806*. 1150. 1169.
Oppenheim 221. 599. 1675.
Orlow 1591.
Ortenau 524.
v. Ortenberg 652*. 1713*.
Orthmann, E. G. 675.
Ostrcil 755. 1305. 1637. 1770.
Ott 518.
Otto 64. 666.
Ottow 275*. 527.

Digitized by Google

Oui 407. 861. 1702.
Ozaki 1547.

Pace 1496.
Pachner 756.
Packard 1081.
Paczch 1739.
Page 599.
Paehner 822.
Palm 345.
Palmer 1739.
Pancot 1023.
Pánek 408.
Pankow 711. 798. 1414. 1426.
Pantzer 1242.
Papazolu 1424.
Papin 1791.
Pariaux 1305.
Parisse 1460.
Parry 212.
Parsamow 934*.
Partos 291. 1380.
Pascale 789.
Paschkis 145.
Pasquereau 443.
Passow 1821.
Patek 414*. 1105*. 1197.
Patel 219. 1638. 1803.
Paterson 833.
Paucot 589.
Paul 1250.
Pauncz 1178.
Pausot 1284.
Pawlow 829.
Payne 1792.
Pearce 983.
Pedersen 1278. 1701. 1793.
Peine 867.
Peiser 688.
Peister 680.
Pelissier 1213.
Pellegrino 1900.
Pelz 1821.
Penkert 1085.
Perazzi 1372.
Perdrigé 442.
Peretti 525.
Perlmutter 819.
Perrier 1375.
Perrin 291. 790.
Persson 32.
Pescatore 667.
Peterka 981.
Petermöller 588.
Peters 373*. 1065*.
Petersen 1832.
Peterson 223.
Petit-Dutaillis 1057.
Petkewitsch 836.
Petö 1040. 1199.
Petrén 1641.
Petri 235*. 731. 885. 1422.
Petrivalsky 833.
Peus 1048.
Pfahler 1305. 1306.
Pfeifer 1420.
Pfeiffer 1054.
Pflaum 1252.
Philippi 783.
Phillips 981.
Piccoli 1337. 1338.
Pieri 1346.
Pierra 1094. 1135. 1461.
Pierre-Nadal 183.
Pietkiewicz 403, 445. 516.
Pilcher 1174.
Pilf 670.
Pineau 1311.
Pinkuss 1478.
Pisani 1092.
Piskacek 769.
Pissemsky 590.
Planchu 87. 294. 1540.
Plate 1152.
Plauchu 516. 523. 662.
Plaut 383. 1452.
Plenz 180.
Pleschner 1464.
Plumer 828.
Pobedinsky 757*.
Pochhammer 947.
Pohlmann 1093.
Poindecker 1674.
Polak 176. 1865.
Polano 728. 730. 920.
Polbosson 1703.
Politi-Aloisio 1371.
Polk 178.
Polland 1482.
Pollosson 250. 256. 364. 1465.
Ponfick 1167.
Poole 1175.
Popandopulo 510.
Pope 1494.
Popielski 1735.
Porchownick 1226*.
de Porenta 1418.
Porges, O. 749.
Posner, C. 149.
Poso 1339.
Postlethwaite 1342.
Poten 915.
Poth 1147*, 1756.
Pothmann 1056.
Pottet 47. 144. 637.
Poucher 1242.
Pozsonyi 1041.
Pozzi 189. 1313.
Prager-Heinrich 702.
Prampolini 1639.
Pridham 1341.
Primrose 519.
Prince 835. 1491.
Prinzing 1093.
Prochownick 7*. 460*. 1069. 1197.
Propping 1611.
Proskurin 474.
Protopopescu 1640.
Proust 558. 1340.
Prüsmann 1153.
Puech 1249. 1896.
Puppel 745.
Purse 1856.
Pusch 1831.
Pusey 1801.
Pusinich 1703.

de Quervain 38. 1498.

Raab 510. 1577.
Raebiger 874.
Rabinovitz 447.
Rachfahl 1899.
Raimoldi 1346.
Ramos 296. 403.
Ransohoff 1495.
Ranzi 951.
Rase 1468.
Raspini 1427, 1862.
Rathe 504. 507.
Rauber 292.
Raudnitz 1832.
Rauscher 1402.
Ravols 1245.
Rawes 1732.
Raynolds 1311.
Reber 1372.
Recasens 1392.
Recksch 1499.
Reder 1239.
v. Reding 1638.
Reed 1543.
Regaud 1489.
Reich, Joh. 124*.
Reid, J. 638.
Reidy 150.
Reinhard 1047. 1139.
Reiter 1054.
Resinetti 40.
Reuben 1772.
Reynolds 44. 1864.
Ribbius 788.
Richardson 1374.
Richter 209, 1508. 1850.
Ridella 1668.
Rieck 19*. 816. 1134.
Riedmeier 1671.
Rieländer, A. 915.
Ries 526. 1600. 1703.
Rietschel 1163.
Rigaud 787.
Rindfleisch, C. 463.
Ringleb 321.
Rissmann 120. 196*. 582. 914. 1479.
Rives 1769.

Digitized by Google

Robertson, Rob. 694.
Robins 1024.
Robl 1270.
Rockey 982.
Rockwitz 118.
Rockwood 956.
Roedel 1822.
Roeder 213. 1551.
Rogow 47.
Rohner 80.
Rohrbach 1164. 1268.
Romanoff 152.
Römer, C. 823.
Roemer, R. 42. 131*.
Roninger 1377.
Ronot 183.
Rossen 1146*.
Roschke 1831.
Rosenberg 1495.
Rosenfeld 292. 728.
Rosenstein 497. 501. 588. 1264. 1265. 1266. 1414.
Rosenthal, Eug. 1636.
— F. 1422. 1423.
— L. B. 1833.
Rosiner 1765.
Rosner 294.
Rost 593.
Rothschild, M. F. 367.
Rotter 52*. 583. 1539. 1752*.
Roulland 1637.
Rowell 1342.
Rowland 831.
Royster 1710.
Rubaschow 1609.
Rubesca 307*. 325. 821.
Rubner 253. 449*.
Rübsamen 30. 111. 378*. 773. 774. 844. 919. 1161. 1418.
Rüder 103. 106. 739. 1069. 1073. 1076.
Rudolph 1191*.
Ruge, C. 50*. 1330. 1332. 1454.
— E. 1274.
Rühl 178.
Rühle 678. 1600.
Runge 38. 1642.
Ruppert 1699.
Rupprecht 395.
Rusea 327.
Russel 218. 783. 1467.

Saalmann 81.
Sabella 1019.
Sacharin 1699.
Sadlier 1239.
Sachs 320.
— E. 607*. 974.
— O. 446.
Sagrjaskin 1764.
de Saint-Blaise 1132.
Sajous 476.
Salge 667.
Salus 324.
Saly 364.
Sampson 176. 1245.
Samsonowitsch 79.
Samuels 1480.
Sanes 1239.
Saniter 1766.
Sarateanu 246.
Sato 560.
Sauvage 952.
Savaré 1092. 1544.
Saxl, P. 222.
Scametz 521.
Schach-Asiss 512.
Schad 1152.
Schäfer 798. 1715.
Schaefer, P. 112. 222. 844.
— W. 1056.
Schaeffer 206*. 1688.
Schardt 1733.
Scharfe 1180.
Schauta 446.
Schechner 1697.
Scheffzek 1003. 1008.
Scheidtmann 249.
Scherback 1427.
Scherber 1376.
Scherer 1040. 1203. 1529. 1764.
Schestopal 480.
Schewaldyscheff 189.
Schickele 29. 74. 880. 1601. 1609. 1736.
Schiff 844. 1635.
Schiffmann 143. 1273.
Schill 1700.
Schiller 1361.
Schilling 1316.
Schirmunsky 86.
Schirschow 786.
Schklowsky 640.
Schlachtner 1252.
Schlagintweit 1050.
Schlapoberski 1663.
Schlee 1705.
Schlimpert 92*. 224. 881. 1092. 1492. 1560. 1580. 1664.
Schloffer 826.
Schloss 1374.
Schlosser 1676.
Schlössmann 1136.
Schlub 41.
Schlund 862.
Schmid, H. H. 43. 207*. 215. 666. 924. 1368. 1514. 1615*.
Schmidlechner 1310.
Schmidt, H. E. 592. 1048.
— O. 1168.
Schmiergeld 980.
Schmorl 208.
Schmotkin 528.
Schockaert 1485.
Scholl, E. 561*.
Schoene 1728.
Schottlaender 1195. 1555. 1677.
— F. 440.
— J. 193*. 806*.
Schottelius 816.
Schreiber 1494.
v. Schrenck 1460.
Schrimpf 323.
Schröder, H. 1836.
— R. 835. 843. 967.
Schrumpf 1485.
Schulhof 1135.
Schüller 1796.
Schultze, B. S. 525. 1240.
Schumann, 670. 1372.
Schumm 1731.
Schüpfbach 1085.
Schürmann 787. 1813*.
Schütze, A. 974.
Schwab, M. 851*.
Schwaiblmair 1899.
Schwarz 1128.
— D. 1634.
— Henry 515. 983.
Schwarzenbach 109.
Schwarzwäller 1289*.
Schweitzer 923. 1453. 1854.
Schweninger 85.
Scipiades 1038. 1040. 1247.
Scott 148. 518.
Sdrawomyslow 115.
Seegers 703.
Seefeld 1606.
Seeligmann 1059. 1525.
Sehrt 1097.
Seifert, E. 213.
Seitz 729. 742. 797. 879. 1037. 1098. 1605.
Selitzky 324. 679.
Sellet 1830.
Sellheim 74. 551. 803. 842. 920. 957*. 1415. 1526. 1561. 1601. 1722.
Senge 773. 819.
Sensert 751.
Serebrenikowa 143.
Sergent 479.
v. Seuffert 729.
Sfameni 598. 708.
Shaw 1248. 1671.
Sheahan 863.
Shelton-Horsley 749.
Shewachow 670.
Siccardi 1668.
Sick, P. 326.
Sieber, H. 496*.
Siedeberg 289.

Digitized by Google

Siefart 375*. 1231.
Siegmund 213.
Siegward 1798.
Sievert 1418.
Siewczynski 1133.
Sigalow-Woronel 1427.
Siguret 1138.
Sigwart 349. 636. 778. 923. 938. 1456. 1602. 1645*.
Silhol 1897.
Simpson 1362.
Sinclair 1280.
Singer, Hugo 961*.
Sippel 1029*.
Siredey 1496. 1605.
Sistrunk 1804.
Siter 443.
Sitzler 703.
Skeel 1240. 1335.
Skopova 1420.
Skrjabin 560.
Slawyk 224.
Slemons 1276.
Slingenberg 1179. 1450*.
Smirnow 706.
Smith, Alfr. 948.
— J. T. 1673. 1675.
— R. B. 1216.
— W. S. 1334.
Smithson 150.
Snow 1546.
Söderlund 39.
v. Sohlern jr. 214.
Soloweitschik 521.
Solowij 457*. 1623*. 1682*.
de Somer 1348.
Sommerfeld, Jul. 514.
Sondern 442.
Sonnenfeld 641*. 1693.
Soresi 1374.
Sorge 1857.
Sosier 1214.
Sougot 87.
Späth 165*. 170. 740.
Spengler 1276.
Speranskaja-Bachmetjewa 1170.
Sperling, M. 55*.
Spire 1058.
Spitzer 1802.
Springfeld 914.
Sserebrennikowa 1592.
Staehlin, R. 770.
Stange 298*. 915.
Stanton 1701.
Stapfer 1467.
Stark 366.
Staude, C. 973.
Staudinger 1672.
Stavridès 1059.
Steffan 1633.
Steidl 1602.
Stein 367. 1572. 1697.
Steinach 639.
Steinberg 1673.
Steising 1425.
Stephan 1763.
Stern 1277. 1377. 1428.
Sternberg 73. 870.
Sterner 1312.
Steuernagel 44.
Stevens 1465.
Stewart 1335. 1694. 1728.
Sticker 596. 1606.
Stoeckel 666.
Stocker jr. 864. 1861.
Stoll 784.
Stolper 162*. 321. 583. 1565.
Stolz 169*. 320. 1534*.
Stone 362. 754.
Strassmann, G. 1050.
— P. 25. 281. 349. 595. 922. 1037. 1716.
Stratz 582. 921. 1141*. 1213. 1368.
Straub 216. 708. 1491.
Streissler 557.
Strempel 1166.
Strina 1282.
Strisower 146.
Strobell 1274.
Stroganoff 179. 781.
Strohmayer 1730.
v. Strümpell 1472.
Stühmer 325.
Stumpf 684. 689.
Sturmann 84.
Stusser 827.
Stutz 1168.
Suchanek 668.
Sundt 1340.
Suter, A. 85.
— F. 148.
Suwalski 834.
Suzi 1478.
Sweek 673. 869.
Sweency 1632.
Sweetser 1316.
Szamets 745.
Szénássy 1040.
Szfer 255.
v. Szily 150.
Szymanowski 1425.

Taliercio 1337.
Tandler 1193. 1729.
Taniguchi 1458.
Tarnowsky 1312.
Tassius 1003. 1049.
Taucot 1643.
Taussig 861. 977. 1892.
Tédenat 445. 1769.
Teevau 149.
Tereschkowitz 512.
Teuffel 998*.
Teutschländer 1664.
Thaler 296. 392. 1518. 1783.
Theilhaber 869. 897. 1369. 1522.
Thévenot 828.
Thierry 1477.
Thomas, B. A. 1053.
— E. 782.
— G. J. 1049.
— J. J. 1373.
— L. W. 1772.
Thomson 600.
Thorn 71. 699.
Tiger 509.
Timofejew 587.
Tissier 1696.
Tixier 1463.
Todyo 33.
Tomaselli 1544.
Torkel 1359.
Torrance 1335.
Tóth 1044.
Tourneux 795.
Trabes 748.
Tracy 186. 1698.
Trapl 45. 1128. 1129. 1610. 1694. 1898.
Traugott 225*. 919. 1869*.
Travis-Gibb 747.
Trebing 221.
Trendelenburg 701.
Trepper 1546.
Trinchese 944.
Trout 1271.
Truesdell 475. 1771.
Tsakona 214.
Tschernischew 672.
Tschertkoff 83.
Tulcy 1336.
Turrel 1398.
v. Tussenbroek 115.
Tuszewski 1827.
Tuszkai 552. 1560.

Uhlenhuth 46. 1481.
Uhlirz 781.
Ulenzer 1376.
Unger, A. 192.
— E. 84.
— L. 151.
Unterberger 1662.
Urano 1831.
Urstein 1636.
Uthmöller 305*. 653*.

Vance 444.
van Dam 1045.
van de Velde 339*. 1602.
van der Hoeven 395. 506. 671. 1479.
van Oye 875.
van Sweringen 1336.
Vanverts 184. 589. 1249. 1643. 1896.

Digitized by Google

Varaldo 1350*. 1734.
Vayssière 479.
Veit 61. 108. 470. 700. 713*. 821. 940.
Velican 246.
Venator 1834.
Vernon 115.
Verstraete 875.
Vik 1697.
Villard 220.
Vincent 1028. 1465.
Vineberg 178. 363.
Violet 183. 674. 830. 1084. 1249. 1340. 1461. 1703.
Viville 528.
Vogel, F. 1130.
— Jul. 832.
— K. 982.
Vogeler 1635.
Vogelsberger 755. 1017.
Vogt 1162. 1727.
— E. 247. 493*. 780. 802. 842. 1080. 1123. 1543.
Voigt, H. 897.
— J. 251. 1212.
Voigts 1209. 1486. 1715.
Voelcker 830. 831.
Volmat 1220.
Voogd 1892.
Voron 83.
Voronoff 1802.
Voudouris 553.
Vystavel 1273.

Waeber 319. 1482. 1696.
Wagner, A. 1455.
— Em. 323.
— G. A. 1826.
— J. 1857.
Wakefield 175.
Waksmann 1765.
Wakulenko 141.
Walcher 1657.
Waldschmidt 185.
Waldstein 245. 856. 1504.
Waldvogel 1825.
Walker, Ch. 1081.
— J. F. 513.
Wall 687. 744. 1821.
Wallace 253. 820. 865.
Wallart 1121.
Waller 476.
Wallich 1395.
Wälsch 288.
Walther 1139.
Walton 819. 820.
Wanner 1664.
Ward 176. 476. 1631. 1637.
Wargassowa 786.
Warnekros 25. 144. 922. 1456.
Warren 975.
Warstat 866.
Wathen 178.
Watkins 1828.
Watson 1481.
Wawor 288.
Wayneroff-Winarow 1861.
Webb 1249.
Weber, F. 923. 1544.
— H. 1831.
— W. 1667.
Webster 1479.
Weckowski 1360.
Wehner 1894.
Weibel 777. 1084. 1455. 1516. 1554. 1649*. 1808*.
Weichsel 1634.
Weidenbaum 1220.
Weidlich 516. 861.
Weidner 402.
Weil 711.
Weile 1834.
Weill 180. 284.
Weinberg, W. 552.
Weishaupt 1015.
— B. 873.
Weiss, E. A. 1239.
Weisswange 1101*. 1156.
Weitz 290.
Weitzel 1161. 1606.
Welz 1633.
v. Wenczel 1642.
Wenzel 1794.
Werboff 1657.
Werder 1084.
Werelius 1049. 1099.
Werner 1305. 1506.
— P. 1140. 1581*.
— R. 1244. 1799.
Wertenbaker 1858.
Wertheim 1306. 1553. 1797.
Westermaier 1607.
Westphalen 280*.
Wetterer 593.
Wherry 1279.
White 1611. 1833.
Whitehouse 980.
Wichmann 79. 1721.
Wickham 1608.
v. Wiecki 1461.
Wiegand, O. 1740.
Wieland 863.
v. Wild 1613*.
Wildbolz 831.
Willems 1804.
Willett 1644.
Willette 1467.
Williams, B. G. R. 1278.
— F. H. 1211.
— J. W. 1130.
— Ph. F. 983, 1312. 1693. 1701.
— R. St. 253.
— W. 479.
Williamson 1275.
Wilms 668.
Wilson 220. 1420.
Wing 710. 1675.
Wingrave 446.
v. Winiwarter 1504. 1817.
Winkelmann 1898.
Winslow 1027.
Winter 1273. 1307. 1803.
Winuchin 1540.
Witherstine 976.
Witt 637.
Wittingham 1081.
Wohlgemuth, J. 33.
Wolf 1638.
— Jul. 669.
— W. 251.
Wolff, A. 919.
— B. 1825.
— F. 109.
— G. 1726.
— P. 1548.
Wolfsohn 1217.
Wollin 1128.
Wood 1347.
Woolsy 1315.
Wormser 188.
Wortsmann 1344.
Wullstein 668.
Wyatt 786.

Yamamoto 368.
Yamato 1340.
Yates 1243.
Ylppö 1771.
Young 694.

Zacherl 1497.
Zaharescu 81. 85. 88.
Zakczewski 711. 712.
Zanfrognini 1674.
Zangemeister 586. 797. 878. 917. 1127. 1343. 1418.
Zaretzky 110.
Zeitlin 748.
v. Zeynek 1804.
Zickel 1230*.
Ziegenspeck 925.
Ziegler, Alb. 946.
— Ch. Edw. 977.
Ziomann 956.
Zikmund 293. 864.
Zimbler 1734.
v. Zimmermann 978.
Zimmern 1305.
Zinke 1419.
Zinsser 481*. 799. 821. 1236. 1603.
Zitronblatt 557.
Zondek 96*.
Zoeppritz 78. 924.
Zörkendorfer 1088.
Zweifel 244. 579. 580. 1403. 1443*. 1511.
— E. 1512.
Zwetow 597.
v. Zubrzycki 110. 274*. 1140.
Zuntz, L. 439.

Digitized by Google

Sachverzeichnis.

(Die mit * versehenen Seitenzahlen bezeichnen Originalmitteilungen.)

Abdominalchirurgie 444.
— messungen in der Gravidität 1823.
Abnormitäten 253.
Abort 70. 522. 670. 823. 944. 964. 1695.
— Bakterieämie bei 823. 919.
— behandlung 824. 825. 1041. 1594. 1696. 1697.
— fahrlässiger 1692.
— fieberhafter 143. 144. 824. 922. 1173. 1477. 1696.
— frage 1593.
— imperfekter 332.
— indikation 798. 919.
Abortivmittel 824. 825. 1594. 1696. 1699. 1735.
Abort, krimineller 189. 207*. 691. 809. 824. 825. 1068. 1173. 1239. 1367. 1369. 1594. 1595. 1695.
— — bei fehlender Gravidität 208. 826. 1080. 1265.
— künstlicher 73. 87. 553. 943. 1064. 1592. 1594. 1696.
— — Berechtigung des 182. 480. 525. 1342. 1516. 1581*. 1595.
— statistik 823. 919. 1367. 1369.
Abortus spontaneus praeternaturalis 1726.
Abszeß in einem Myom 1300.
— retrouteriner, mit Streptobakterium foetidum 1136.
Accouchement forcé 1336. 1390.
Achondroplasie 215.
Achselschweißdrüsenveränderungen in graviditate 288.
Adamon 1675.
Adenocarcinoma corporis uteri myomatosi 1667.
Adeno-epitheliomelanosarkom 1545.
Adenoma myometrii diffusum 405.
Adenomyoma ligamenti rotundi 1015.
— uteri 499. 1339.
Adenomyositis uteri 907.
Aderlaß bei Eklampsie 96. 244. 305. 322. 388. 821. 838. 1189*. 1343. 1415. 1757.
Adnexbefund, seltener 1716.
Adnexe 364. 750. 1769.
Adnexe, normale, spontane Torsion der 752.
Adnexerkrankungen, entzündliche 31. 356. 364. 753. 1769.
— — — Blasenveränderungen bei 818.
— — langdauernde, eitrige 545.
— gonorrhöe, weibliche 360.
— operationen 948. 600.
— — Technik der 753.
— tuberkulose 30. 705.
— tumoren, chronische entzündliche, Harnwege bei 1558.
— — große tuberkulöse 183.
— — operationen 753.
Adrenalin bei Chloroformnarkose 1491.
— bei Dysmenorrhöe 360.
— bei Osteomalakie 217.
— bei Schwangerschaftserbrechen 1674.
Akranie 709.
Akromegalie, Hypophysenveränderungen bei 1674.
— nach Kastration 1100.
— u. Gravidität 1030*.
— u. Ovarialtherapie 1679.
Albuminurie, orthostatische 831.
— u. Gravidität 289. 805. 872. 1275. 1276.
Alexanders Operation 16. 187. 248. 787. 1126. 1479.
— — modifizierte 1127.
— — mit Tuberkulumschnitt 1230*.
Alkoholdesinfektion 328. 1547.
Allgemeinnarkose 792.
Alsol 220.
Altersbestimmung des Fötus 149. 586.
Amenorrhöe 476. 773. 837. 924. 940. 961. 1022. 1678.
— funktionelle 527.
Amidoazotuol 1348.
Aminosäuren-Übergang von der Mutter auf den Fötus 1371.
Ammen, Äthernarkose bei 518.
— wahl 290.
Amnionanomalien 247. 1156.
— epithel 1578.
— verwendung zur Transplantation 1428.

Digitized by Google

Amnionwasser, Herkunft des 1825. 1826.
Amputatio uteri supravaginalis per vaginam, bzw. laparotomiam 463. 1309. 1335. 1550. 1568. 1786.
— — — wegen Myoma cysticum 1109.
— — myomatosi supravaginalis 102.
Anämie der Neugeborenen, Eisentherapie bei 782.
— perniziöse in der Gravidität 553. 1767.
Anämien, Bluttransfusion bei 924. 1171.
— schwere in der Gravidität 83.
Anaphylaxie 324.
— bei der Karzinomdiagnose 1495.
— Harntoxizität bei 1603.
— u. Eklampsie 582.
Anästhesie 223. 792. 980. 1215. 1490.
— extradurale, hohe 247*. 793.
— lokale in Geburtshilfe und Gynäkologie 793. 794. 967.
— sakrale 378*. 773. 793.
— und Anociassoziation 1491.
Anencephalie 351. 739. 1831.
Aneurysma der Arteria uterina 406.
Angiofibrosarkome der Haut 1562.
Anteversio uteri 1126.
Antifluor 1545.
— körperübertragung von Mutter auf Kind 478.
— sepsis 326. 874. 875. 1547.
— streptokokkenserum 293.
— trypsingehalt des Blutes bei Schwangerschaft und Karzinom 110.
Anulus 709.
Anurie bei einseitigem Ureterenverschluß 1086.
— im Wochenbett, totale 145.
— reflektorische 316.
Anus praeternaturalis vestibularis 1740.
— — vulvaris 835.
Aortenkompression, manuelle 407.
— stenose 735.
Aponeurosennaht 599.
Appendektomie post partum 1543.
— Technik der 1313. 1314.
— während der Gravidität 918.
Appendicitis, akute 1572. 1856.
— — Zeichen bei 1498.
— ätiologie 985.
— chronische und Adnexerkrankungen 789. 1687.
— — und Ovarialcysten 598.
— — Zeichen bei 985.
— diagnostische Irrtümer bei 1498.
— gangränöse 986.
— in graviditate 1336. 1737.
— mit Komplikationen 985.
— operation 1313.
— — Nachbehandlung bei 1857.
— — Thrombosen und Embolien nach 590.
— Pathogenese der 789.
Appendicitis-Peritonitis, Darmlähmung bei 789.
— präoperative Diagnose der 788.
— retrocoekale 1210. 1856.
— Spätblutungen bei 1210.
— und gynäkologische Leiden 985.
— und Ovarien 1898.
— und Peritonitis 1314.
— und Tetanie 1315.
— und Thrombosen 590.
Appendix 1857.
— cyste 354.
— funktion 985.
— Karzinoide des 1739.
— karzinom 310. 1857.
— operationen 1314.
— Oxyuren im 1156. 1740.
— ruptur 1314.
— und Coecum, funktionelle Bestimmung von 788.
— und weibliche Genitalien 1313.
Appetitlosigkeit Karzinomatöser 870.
Arbeitsstätte (die) des Chirurgen und Orthopäden 75.
Argentamin bei chronischen Salpingo-Oophoritiden 1470*.
Argentum aceticum bei Ophthalmoblennorrhöe 1359. 1664.
— nitricum bei Ophthalmoblennorrhöe 708. 1359. 1664.
Arneth'sches Blutbild 670.
Arsen und Menstruation 526.
Arteriosklerosis uteri 1015.
Arzneiexanthem 446.
Ascites 512.
— der Frucht 474.
Asepsis 326. 874. 875. 1547.
— bei vaginaler Köliotomie 1089.
Asphyxia neonatorum 708. 954. 1026. 1518. 1573. 1822.
Aspirinvergiftung 1347.
Atembewegungen intra-uterine 873. 1771.
Ätherisierung, intramuskuläre 224.
— narkose 223. 980. 1216.
— verdampfungsapparat, neuer 1217.
Äthylchloridnarkose 981.
Atlas der normalen Hystologie der weiblichen Geschlechtsorgane 35.
Atonische Blutungen, Hypophysenextrakt bei 43.
Atresia ani vaginalis 1593.
— cervicis congenita 275.
— hymenalis 835.
— vaginae 1639.
Atresien, partielle 943.
Atropinschwefelsäure 981.
Ausfallserscheinungen 362. 508. 1175.
Austreibungsperiode 480. 1418. 1573.
Autobiographie W. A. Freund 1630.
Auto- und Heterolyse in Geweben 989*.
Azetonurie bei Gravidität und gynäkologischen Erkrankungen 749.

Digitized by Google

Baden Neugeborener 1101*.
Bakteriämie bei Aborten 823. 919.
— placentare 922. 1456.
Bakterienextrakte 1136.
— virulenzbestimmung 1136.
Bakteriologie 1136. 1339.
— bei gynäkologischen Erkrankungen 561*. 838.
— bei Operationen 778. 1164.
— bei Peritonitis 249.
— bei Puerperalfieber 819.
— der Vagina Gravider 225*. 923. 1453. 1478.
— des Nabelschnurrestes 1356.
— des Säuglinsdarmes 1546.
— geburtshilfliche 254. 293. 324. 698. 918.
Bauchchirurgie 444. 1044. 1241.
— decken 555. 1127. 1672.
— — abszeß 1309.
— — desinfektion 1089.
— — geschwülste, desmoide 1673.
— — — paravesikale 1700.
— — hämatom 493*.
— — phlegmone 1128.
— — rahmenspekulum 209. 902.
— — tumoren 556. 1128. 1673.
— — — bildung durch abdominale Fettnekrose 555.
— größe und Ernährungszustand 214.
— höhle, Sensibilität der 214.
— — Zurücklassen von Fremdkörpern in der 599.
— — ndrainage 47. 65. 67. 249. 310. 856. 948. 1205. 1550.
— organe, Lues der 1481.
— tumoren, Diagnose der 1600.
— wandtumoren 143. 918. 1041.
— — — pathognomonisches Zeichen bei 556.
Bazillurie und Pyurie 446.
Becken 214. 1539.
— Architektur und Physiologie des 214.
— ausgangshernien 785.
— bindegewebscysten 240*. 312.
— — sarkome 931.
— drüsen, tiefe, Chirurgie der 558.
— echinokokkus 1039.
— eingeweideveränderungen, nervöse Erscheinungen nach 41.
— endlagen 672. 1633. 1764. 1894.
— enges, Geburtsverlauf und Behandlung bei 52*. 134. 215. 216. 319. 553. 554. 694. 864. 865. 921. 1338. 1342. 1539. 1649*.
— — operatives Heilverfahren des 409*. 1539. 1658.
— — seltene Formen vom 549.
— erweiternde Operation durch Promotoriumresektion 1514. 1615*. 1752*.
— grad-verengtes 1540.
Beckenhämatom 1769.
— hochlagerung bei Reposition des retroflektierten Uterus 1471*.
— — und Lungenembolien 701,
— Knochenbildung des 351. 397.
— luxationen 25.
— messung, röntgenologische 55*. 694.
— neigung, übermäßige 865.
— niere 32.
— phantom, vervollkommnetes 212.
— plattes, Darmverschluß nach Entbindungen bei 19*.
— prozesse, eitrige 1673.
— schiefes, Geburt bei 1760.
— thermophor 133*.
— untersuchung, radiologische 467.
— verletzungen sub partu 672.
— zellgewebe 1672.
— — — entzündung, septikämische 674.
Beleuchtungsapparat für das Operationsfeld 460*.
Berichte aus Krankenhäusern und Kliniken:
Amsterdam 1450*. 1862.
Basel 79. 80. 291. 474. 480. 521. 865. 946. 1341. 1540. 1768.
Berlin 1*. 50*. 127*. 204*. 349. 419. 449*. 481*. 655. 717*. 764*. 889. 1118. 1147*. 1189*. 1209. 1457. 1604. 1645*. 1660. 1709*. 1875*.
Bern 145. 252. 366. 369*. 474. 683. 1341. 1344. 1376. 1427. 1543. 1545.
Bonn 337*. 1823.
Braunschweig 570*.
Bremen 1168.
Breslau 81. 118. 587. 671. 875. 1020. 1023. 1142. 1164. 1221*. 1633. 1692. 1765. 1821. 1822. 1827. 1831. 1867. 1899.
Budapest 765.* 809*. 852*. 961*. 1030. 1258*. 1317*. 1529. 1642. 1752*.
Bukarest 85.
Charkow 510.
Dortmund 1585*.
Dresden 55*. 121*. 134. 339*. 378*. 395. 493. 1101*. 1122. 1805*.
Dublin 978.
Edinburgh 693.
Erfurt 131*.
Erlangen 265*. 561*. 978. 1049. 1053. 1131. 1134. 1477. 1803.
Florenz 1251.
Frankfurt a. M. 225*. 541*. 830. 1869*.
Frederiksberg 1398*.
Freiburg 35. 92*. 114. 153*. 216. 224. 295. 367. 445. 521. 592. 745. 822. 862. 837. 978. 1033. 1059. 1133. 1511. 1560. 1606. 1607. 1608. 1610. 1633. 1634. 1635. 1642. 1699. 1700. 1740. 1822.
Genf 405.

Digitized by Google

Gent 989*.
Genua 1000*.
Gießen 564*. 806*. 872. 1056. 1125. 1417. 1546.
Göttingen 119.
Graudenz 452.
Graz 981. 1534*.
Greifswald 72. 746. 826. 896. 974. 1880.
Groningen 1892.
Halle 221. 397. 681*. 701. 713*. 797*. 837. 877. 917.
Hamburg 165*. 185. 649*.
Heidelberg 223. 323. 527. 745. 874. 1146*.
Helsingfors 79. 81. 143. 218. 269.* 406. 407. 586. 587. 1033*. 1566*. 1817.
Jena 24. 60. 64. 70.
Kiel 15*. 159*. 248. 488*. 537*. 613*. 848*. 958*. 1604. 1741*.
Kiew 448. 509. 512. 518. 1226*.
Köln 119. 1515.
Königsberg i. Pr. 55*. 607*. 866. 875. 1477.
Kopenhagen 610*.
Kottbus 58.
Leipzig 1443*. 1452. 1493. 1695. 1699.
Lemberg 1623*. 1682*.
Lyon 250. 364. 447. 518. 553. 705. 824.
Malmö 1849*.
Magdeburg 412*. 1191*. 1587*.
Marburg 44. 117. 149. 223. 290. 293. 496.
Montpellier 479.
Moskau 340*. 512. 515. 553. 757*. 931*. 1399.* 1470*. 1627*.
München 85. 86. 87. 115. 145. 146. 152. 238. 292. 402. 624. 867. 1005. 1250. 1252. 1273. 1280. 1310. 1340. 1458. 1461. 1665. 1666. 1669. 1670. 1671. 1705. 1733. 1735. 1764. 1767. 1770. 1791. 1792. 1794. 1795. 1804. 1820. 1824. 1830. 1833. 1835. 1836. 1857. 1859. 1861. 1868. 1894. 1895. 1898.
Osnabrück 196*. 198*. 305*. 653*.
Paris 83. 215. 255. 295. 366. 442. 521. 554.
Petersburg 510. 748. 901*. 934*. 1109*.
Posen 417*.
Prag 43. 224. 1368. 1514. 1615*.
Rom 756.
Rostock 780. 1576. 1693.
Stettin 965*.
Stockholm 1474. 1476.
Straßburg 44. 528. 753. 785. 795. 819. 947. 1017. 1600. 1724.
Toulouse 40.
Triest 334*.
Tübingen 72. 187. 190. 297*. 380*. 957*. 1183*. 1511.
Warschau 460*. 462*. 529*. 1061*.
Wien 162*. 193*. 296. 392. 414*. 441. 806. 852. 905. 1065*. 1106. 1253*. 1464. 1516. 1555. 1581*. 1649*. 1774*. 1808*.
Würzburg 86. 116. 187. 190. 213. 288. 294. 323. 327. 637. 1024. 1057. 1510.
Zürich 925*. 1276. 1341.
Berichte gelehrter Gesellschaften:
Amerikanische gynäkologische Gesellschaft 174. 1238. 1334. 1573.
Bayrische gynäkologische Gesellschaft 728.
Berlin (Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie) 23. 280. 345. 541. 655. 938. 1117. 1231. 1330. 1658. 1688. 1715. 1756.
Berlin (Internationaler Kongreß für Geburtshilfe und Gynäkologie) 1038.
Breslau (Gynäkologische Gesellschaft) 496. 684. 1264. 1359.
Budapest (Gynäkologische Gesellschaft) 1041. 1199.
Budapest (Gynäkologische Sektion des kgl. ungarischen Ärztevereins) 1038.
Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie 797. 837. 877. 917.
Deutsche Röntgengesellschaft 645.
Deutscher Chirurgen-Kongreß 641.
Dresden (Gynäkologische Gesellschaft) 133. 208. 354. 771. 1152.
Edinburgh (Geburtshilfliche Gesellschaft) 693.
Hamburg (Geburtshilfliche Gesellschaft) 7. 102. 170. 545. 738. 814. 1069. 1179. 1721. 1888.
Halle (Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie) 797. 837. 877. 917.
Internationaler Kongreß für Physiotherapie 601. 644.
Leipzig (Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie) 383. 572. 659. 968. 1110. 1402.
München (Gynäkologische Gesellschaft) 310. 423. 622.
Paris (Geburtshilfliche Gesellschaft) 622.
Vereinigung mitteldeutscher Gynäkologen 60. 463.
Wien (Geburtshilflich-gynäkologische Gesellschaft) 388. 852. 905. 1194. 1291. 1780.
Bewegungstherapie 1467.
Biologie 324. 949.
Blase, Topographie der 1793.
Blasenausschaltung wegen Tuberkulose 1053.

Digitized by Google

Blasenblutungen bei Retroflexio uteri gravidi 1794.
— defekt 833. 1599.
— divertikel 1054. 1700.
— fibromyom 1280.
— fisteloperation 445. 1014.
— funktion 1477.
— karzinom, operative Behandlung 148.
— schwäche 1052.
— spritze 256.
— sprung 161. 1594.
— — frühzeitiger 1164. 1268. 1479.
— — künstlicher 1382. 1385. 1537.
— — verspäteter 1634.
— steine 445. 818.
— steinentfernung in puerperio 1552.
— ulcus 1053. 1087.
— verletzungen bei Graviden 1780.
— — bei Uteruskarzinomoperationen 1280.
— wandcysten 1052.
Bleichsucht 114.
Blennorrhoea neonatorum 151. 475. 708. 783. 1359.
— prophylaxe 1220. 1664.
Blumreich'sches Phantom 1560.
Blutabsonderung aus der Brustdrüse bei Frauen 518.
— befunde bei Adipositas 477.
— — bei Eklamptischen 1122.
— — bei Schwangeren 289. 552.
— druck bei Operationen 1574.
— erguß, intraperitonealer nach Tubenruptur 434. 439.
— gefäßsystem und Ovarienextrakte 598.
— gerinnungsbestimmung vor gynäkologischen Operationen 317.
— in der Gravidität, Kalkgehalt des 958.
— Kalziumgehalt des, in graviditate 1575.
— kryoskopie 1053.
— Lipoidgehalt des 289.
— stillung 407.
— — durch Coagulin 1171.
— — durch Pferdeserum 1137.
— — durch Traubenzucker 1494.
— Strahleneinwirkung auf das 1304.
— transfusion bei Anämie 924. 1171. 1493.
— — bei ektopischer Gravidität 1493.
— — bei hämorrhagischen Diathesen des Neugeborenen 1028.
— — direkte, nach Blutung durch vorzeitige Placentarlösung 407.
— — therapeutische Möglichkeiten der 1494.
Blutungen beim Neugeborenen, intrakranielle 435. 906.
— infolge Lösung der Placenta 514.
— intrakranielle, fötale, sub partu 435.
Blutungen, intrauterine, Röntgenbehandlung bei 1305.
— klimakterische 96. 1118.
— ovarielle 388.
— rektale 1316.
Blutveränderungen bei der Eklampsie und Schwangerschaftsniere 572.
— viskosität bei Eklampsie 301. 1048. 1214.
— — in der Gravidität 1213.
Breus'sche Molen und retinierte Eier 245.
Bruchoperationen während der Gravidität 81.

Calmette'sche Reaktion 707.
Cancroid und Kraurosis 998.
Catgutfrage 1548.
— naht der Bauchfascie 1866.
Cephalo-Thorakopagus 115.
Cervikalkanal, Durchgängigkeit des, am Ende der Gravidität 1709*.
Cervico-Vaginalfisteln 1726.
Cervixadenosarkom nach supravaginaler Amputation wegen Uterusmyom 747.
— amputation 84. 1271.
— dilatation, geburtshilfliche 86. 521. 637. 1202.
— myom 447.
— polyp, fibröser 1014.
— risse 857. 1390. 1520. 1562.
— sarkom 676.
— strikturen 1594.
Chirurgie, Lehrbuch der 668.
Chirurgische Eingriffe bei Kindern 1270.
— Nadeln 84.
Chlormetakresol zur Händedesinfektion 876.
Chloroformnarkose, Adrenalin bei 1491.
— — Leberatrophie nach 1216.
Cholecystitis 1040.
Cholesterinstoffwechsel 1371.
Chondrodystrophia familiaris 1455.
— foetalis 152. 1073. 1076. 1218.
Chorea gravidarum 1519. 1541.
Chorionangioma placentae 87. 1340.
— epithelioma 586. 1339. 1701. 1702.
— — gutartige Wucherungen des 587.
— — malignum 586. 587. 1340. 1578. 1703.
— — — tubae 1703.
— — nach Blasenmole 1340.
— — nach rechtzeitiger Geburt 586.
— — nach Tubargravidität 1340.
Chromosomenlängen beim Salamander 638.
Chylurie 1277.
Coccygodynie 1860.
Coecum mobile 1211.
— verschieben in graviditate 924.
Coliinfektion der Harnwege 145. 253. 1276. 1277.

Digitized by Google

Coliinfektion in der Gravidität 1391.
— sepsis, Kochsalz-Adrenalininjektionen bei 655.
Collargol 642. 875. 1638.
— bei eitriger Peritonitis 1612.
— bei Sepsis und bei Karzinom 293.
Collum uteri, hypertrophische Verlängerung des 1632.
— karzinom 441.
Colon mobile 1597.
Colpitis emphysematosa 465. 681*.
Corpus luteum 510. 511. 1896.
— — -Bildung und Menstruation 50*. 1330.
— — -Cysten mit verkalkter Wand 511.
— — —, schwere Blutung aus 978. 1251.
— — — und Hyperemesis gravidarum 1551.
— — -Cystenruptur bei gleichzeitiger Graviditas tubaria 1047.
— — -Entfernung im Beginn der Schwangerschaft 77.
— — extrakt 1675.
— — funktion 218.
— — -Organotherapie, gegenwärtiger Stand der 77.
— — Physiologie des 1563.
— — Prolaps des 597.
— — -Substanz bei Menopause 1609.
— — und Gravidität 1462.
— — und unstillbares Erbrechen 73.
Craurosis vulvae 38.
Curettage, Kontraindikationen gegen 1173.
Cystektomie, totale 255.
Cysten des Wolff'schen Ganges 1641.
— niere, kongenitale 1345.
— — und Gravidität 1167. 1231.
— — und Ureterverschluß 1086.
Cystitis 832. 970. 1366. 1700.
— durch Fremdkörper 256.
— gangräneszierende 818.
— postoperative 1053. 1700.
Cystokelenoperation 363.
— — Granulom nach einer 363.
Cystophotographie *B* 321.
Cystoskop, mit Evacuator kombiniert 1701.
Cystoskopie 832. 867. 988. 1053.

Dämmerschlaf 380. 795.
Dammnaht 1336. 1765.
— risse 873. 1684. 1765. 1781.
— schutz 672. 1336.
Dampfnarkose 1217.
Darm 251. 788. 985. 1210. 1313. 1498. 1737. 1856.
— fisteln 1403.
— karzinome 790.
— lähmung bei Appendicitis-Peritonitis 789.
— — Hormonal bei 251.
Darmtransplantation 1363.
— Türmacher 1707.
— verschluß nach Entbindungen bei plattem Becken 19*.
Decidua, ektopische 1599.
— bildung in der Cervix 1419.
Dementia paralytica und Geburt 526.
Dermoidcystoma 104.
— beider Tuben 366.
— mit Kugeln im Innern 180.
— ovarii 1264.
Desinfektion 328. 396. 773. 819. 915. 1418.
— der Kreißenden 1817.
— Lehrbuch 400.
Deventer-Müller'sche Schulterentwicklung 946.
Diabetes, latenter 643.
— mellitus und Schwangerschaft 553.
— — vorzeitig eingeleitete Geburt bei 83.
— und Glykosurie 1767.
— und Gravidität 82. 553. 1766.
Diarrhöe, infantile 1546.
Diathermie 1466.
— und Elektrokoagulation 1467.
Dickdarmausschaltung 1499.
— entzündung und Blinddarmentzündung 1598.
— — und funktionelle Neurosen 1169.
Digitalis gegen Graviditätsbeschwerden 480.
Dilatationspyelitis 830.
Diphtherieschutzmittel 1418.
Diuretika, kombinierte 1676.
Diverkulitis als Ursache von Adnexentzündungen 752.
Doppelbildungen, Entstehung der 1779.
— — foetale 1717.
— mißbildungen, kindliche 115. 549.
— niere, einseitige 1572.
Dosimeter 596.
Douglasabszesse 557.
— hernie 852.
Drahtschlinge 957*.
Drainage 47. 948.
Dreifingerfluktuation 1731.
Dreifuplerprobe 319.
Drillinge 115. 1062. 1077. 1694.
Dünndarmresektion nach Uterusperforation 170.
— sarkom 1197.
— — primäres 414*.
Duodenalverschluß, arteriomesenterialer 986. 1315.
Dysmenorrhoea 218. 404. 1393. 1500. 1551. 1574.
— Adrenalin und Pituitrin bei 317. 360.
— membranacea 318. 1363.
— unter Arbeiterinnen 1020.
Dyspepsie, ovarielle 1249.
Dystokie bei Uterus didelphis 405.

Digitized by Google

Dystokie von seiten des Kontraktionsringes 1893.

Echinokokkus der Adnexe 752
Ectopia vesicae 1793.
Ehe und Vererbung B 683.
— verbot Geschlechtskranker 954. 1070. 1073.
Ei (das) in bezug auf Sterilität und Abort 522.
— einbettung 1079. 1249.
— junges, menschliches 33. 917. 918. 1441.
Eierstock-Bazillose 78.
— innere Sekretion des 1839*.
— karzinome, metastatische 77.
— sgravidität 143.
— sschmerzen, chronische, durch Kastration geheilt 218.
— s-Uteruskrankheiten und Psychopathien 551.
Eihäute 85. 406. 1019. 1426. 1825.
— Röntgenstrahlenwirkung auf die 488*.
— vorzeitiges Einreißen der 88.
Eingeweidedepressor 1172.
Eitersackniere 1008.
Eiweißbestimmung im Harn 1054.
— stoffe, Giftwirkung arteigener 325.
Eklampsie 34. 322. 821. 1419.
— als Toxämie mammären Ursprungs 1420.
— behandlung 96*. 204.* 244. 301*. 305. 384. 499. 822. 887. 1189*. 1518.
— — medikamentöse 141. 244. 711. 821. 1419. 1420. 1757.
— — mit Serum 196. 297*. 369*. 1519. 1585*. 1595.
— — nach Stroganoff 141. 176. 244. 302.* 306*. 322. 385. 822. 1166. 1420.
— — nicht operative 96. 244. 305. 388. 821. 838. 1189*.
— — operative 176. 323. 324. 822. 851*. 1415. 1419.
— Einfluß des Monsums bei der, in Indien 822.
— Eiweißzerfallstoxikose bei 322.
— frage 298*.
— Harntoxizität bei 32. 481*.
— in graviditate 385. 1757.
— Kohlehydratstoffwechsel bei 507.
— Nierendekapsulation bei 323.
— Nierenschädigungen bei 821. 1236.
— puerperale 1419. 1421.
— statistik 204. 322. 693. 838. 1164. 1168. 1190. 1268. 1518.
— und Anaphylaxie 582.
— und Brustdrüsen 324.
— und intraligamentäre Schwangerschaft 1040.
— und Nephropathia gravidarum 572.
— und Otitis 1421.
— und Schilddrüsensubstanz 1421.
Eklampsie und Stoffwechsel 469.
— Witterungseinfluß auf 1168.
Elektrargol 329*. 1140.
Elektrokardiogramm bei Schwangeren 449*. 798. 1394. 1574.
— selenium 1348.
Elephantiasis vulvae 977.
Embolie 588. 1641.
— der Arteria centralis retinae 588.
— der Arteria mesenterica superior 591.
— postoperative 1642. 1643.
Embryome, tubare 1770.
Endokarditis 1574. 1865.
Endometritis 406. 1575. 1631.
— gonorrhoica 1450*.
— post abortum 1532.
Endometrium 640. 967. 1440. 1575.
Enteroanastomose 1045. 1740.
Enterokystom 1128.
Enteroptose 1021. 1498.
Entspannungsnähte 1271.
Enzytol 1799.
Epidermoidcysten 240*. 312.
Epilepsie und Schwangerschaft. Künstlicher Abort 73.
Epispadie bei Frauen 403. 445. 516. 836.
Erbrechen, unstillbares, bei Retroversio uteri puerperalis 55*. 788.
— — der Schwangeren 479. 801. 1130. 1822.
— — — — normales Schwangerenserum bei 307*.
— — und Corpus luteum 73.
Erden, Verwendung der seltenen 1452.
Ergotin 1015. 1583.
Erstgebärende, jugendliche 1824.
Erystyptikum 221.
Estiomène 367.
Eugenik und Geburtshilfe 583. 1858.
Evolutio praecox 526.
Extremitätenmißbildung 1370.
— untere, Vorfall beider neben dem Kopfe 1398*.

Fascienquerschnitt, Pfannenstiel'scher 16. 84. 937.
— übertragung 1706.
— transplantation bei Bauchhernien 1368.
— — bei Fistula vesico-vaginalis 666.
Fehldiagnosen, klinische 1368. 1498.
Femurdefekt, angeborener 1373.
Fermenttoxizität 324.
Fertilität und Myome 1733.
Fettbauchoperation 556.
— geschwülste der Gebärmutter 406.
Fibrosarcoma ligamenti lati 931.
— ovarii mucocellulare 978.
Fibromyoma ovarii, sarkomatös degeneriertes 77.
Fieber sub partu 1309.
Fistula vesico-vaginalis 256. 445. 666. 1084. 1339. 1465.

Digitized by Google

Fistula vesico-vaginalis mit Blasenstein 692.
— — — postoperative 1794.
— — — Symptomatologie der 1600.
Fluor albus 1180. 1762.
— gravidarum 1635.
Follikulin 703.
Forceps, hoher 1519.
— intra-uterinus 1353*. 1652*. 1774*.
Fötus 944. 1341. 1372. 1545. 1771. 1830.
— Altersbestimmungen des 149. 586.
— papyraceus 653. 921. 1039. 1341. 1546.
— Knorpelbeckenentwicklung des 109.
— Schilddrüsenteratom des 783.
— Wachstum des 1830.
Frauenerwerbsarbeitsschädigungen 1020.
— heilbäder 1560.
— heilkunde 1150.
— krankheiten, Badbehandlung der 1468.
Fremdkörper in abdomine 599. 824. 825. 948.
— in der Blase 256. 445. 818. 819. 1052. 1280.
— im Ureter 825.
— appendicitis 1333.
Fruchtabtreibung bei ektopischer Gravidität 961*.
— barkeit, ungewöhnliche, des Weibes 874. 1061*. 8131.
— — luetischer Eltern 1481.
— entwicklung, extrachoriale 1019. 1480.
— wasser 1825.
— — ätiologie 33.
Frühaufstehen der Wöchnerinnen 179. 700. 1094. 1132. 1818.
— Operierter und Thrombophlebitis 85.
Frühgeborene 473. 687. 744.
— Weiterentwicklung der 1821.
Frühgeburt im 9. Monat, Reifezeichen der 127*.
— künstliche 783. 1017.
— — bei Beckenenge 554. 555. 1167.
— oder ausgetragenes Kind 1117.
Fulguration und Thermoradiotherapie 1304.
Fundus vesicae 1280.

Ganglioneurom, retroperitoneales 560.
Ganglionitis posterior 1821.
Gangrän, kongenitale, des rechten Vorderarms 1027.
— puerperale, der Extremitäten 917.
Gasphlegmonenerreger 642.
Geburt bei Thoracopagus quadribrachius tripus 115.
— conduplicato corpore 1419.
— erste, günstigstes Alter bei der 1508.
— natürliche, und künstliche Entbindung 1722.
— regelwidrige 1094.
Geburt, schwere, durch solide Ovarialgeschwülste 81.
— — durch ungeheure Größe der Frucht 783.
— — durch zurückgelassene Kompresse 81.
Geburtenrückgang 287. 699. 914.
— — in Deutschland 398. 659. 700. 1093.
— — — — und Österreich 1565.
— — — — Ursachen 670.
— — und künstlicher Abort 1594.
— — und Säuglingssterblichkeit 1855.
— — und seine Bekämpfung 669.
— statistik 1825.
Geburtsfall, aufregender 81.
— frakturen 1771.
— — des Humerus 475.
— hilfe, allgemeine 287. 477. 669. 871. 1090. 1212. 1370. 1416. 1632. 1822. 1891.
— — auf dem Lande 288.
— — der westafrikanischen Neger 847.
— — gerichtliche 196. 1068. 1080. 1592. 1692.
— — moderne 1094. 1212.
— — operative 1633.
— — radikale und konservative Methoden in der 1342.
— — und Säuglingssterblichkeit 1169.
— — und Strafrecht 683.
— — Ziele der 1637.
— hilfliche Fälle 638.
— — Ordnung 1037.
— — s Besteck 1766.
— — und gynäkologische Fälle aus der Praxis 683.
— hindernis 966. 980. 1039. 1169. 1165. 1615.
— komplikation 1373. 1398*. 1541.
— leitung, abwartende 1212.
— — normale 1632.
— mechanismus 424. 1414.
— — beim Thorakopagus 1831.
— statistik 1632.
— ursachen 1093.
— wehen 1633.
— zange, gerade 80.
Geburt und Dementia paralytica 526.
— vorzeitig eingeleitete bei Diabetes mellitus 83.
Gefäße, fötale, Struktur der 1338.
— naht 1602.
— verschluß post partum, Anatomie des 111.
Gehirnabszeß 1302.
Geisteskranke, Kastration von 41.
— — künstlicher Abort bei 525.
— — Sterilisation 41.
Genitalbefunde 211.
— fisteln 1714*.
— erkrankungen und Irresein 525.
— leiden bei geisteskranken Frauen 1240.

Digitized by Google

Genitalorgane und Nase 213.
— — und Ohr, Nase und Hals 1022.
— — und Speicheldrüsen 800.
— prolaps 1474.
— syphilis 1120.
— tuberkulose 13. 182. 705. 1168. 1203. 1337. 1376.
— tumoren 1678.
Genitalien, Anatomie und Physiologie der 638.
— weibliche, aszendierende Tuberkulose der 71.
— — Erkrankungen der 1472.
— — gigantische Geschwülste der 746.
— — maligne Neubildungen der 512.
— — Mißbildungen der 109. 403. 516. 965*. 1638.
— — multiple primäre Karzinome der 780.
— — pseudotuberkulöse Geschwüre an den 1376.
— — Verdoppelung der 833.
Geradestand, hoher 873. 1414.
Geschlechter-Verhältnis 419*. 572*.
Geschlechtscharaktere, biologische Grundlagen der sekundären 1193. 1730.
— — Umwandlung der 639.
— entwicklungsmechanik 180.
— reife, frühzeitige 526.
— vorausbestimmung 946.
— zellen 638.
Geschwulsterzeugung 634.
— mutation beim Menschen 635.
Geschwülste des Kindesalters 1401.
Gesetzentwurf, ein sozialhygienischer aus dem Jahre 1887 1800.
Gesichtslage 917.
— Handgriff zur Umwandlung der 1343.
Gesundheitspflege des Weibes 1037.
— — für Frauen und Mütter 1658.
Gewebsextrakte, Wirkung von 1819.
— nekrose und Arrosionsblutung nach Infiltrationsanästhesie 1217.
— veränderungen durch Strahlen 1608.
— verpflanzung 1728.
Glande endocrine myométriale 776.
Glanduitrin 712. 1138.
Glandula lutea und Ovarium 180.
— pituitaria 1418.
Glasrahmen zur Aufbewahrung von Catgut 71.
Glykosurie und Diabetes 1767.
Gonorrhöe, weibliche 73. 230. 692. 832. 952. 954. 973. 1165. 1482. 1594.
— Komplementbindungsprobe bei 956.
Graviditas extraamnialis 408.
— extra et intra-uterina 748.
— extra-uterina 401. 694. 747. 901. 1018. 1022. 1024. 1281. 1334. 1693.
— — Fruchtabtreibungsversuche bei 403. 749. 1265.
Graviditas extra-uterina, ausgetragene, mit lebender Frucht 749. 1284.
— — — mit toter Frucht 500.
— — bilateralis 1284.
— — Diagnose der 401. 694. 1023. 1114. 1154. 1282. 1591.
— — — und operative Behandlung der 402.
— — — und Therapie der 401. 1081.
— — Frühsymptome der 1282. 1682*.
— — Kasuistik der 402. 748.
— — mit mumifiziertem fünfmonatigen Fötus 402.
— — Ursachen der 1592.
— in cornu rudimentario 403.
— — — — uteri bicornis 1204. 1640.
— — — — mit ausgetragener Frucht 750.
— in diverticulo uteri 179.
— in einem Uterusadenomyom 1024.
— interstitialis 375*. 919. 1024. 1194. 1231.
— intra-uterina, vortäuschend Graviditas extra-uterina oder Pyosalpinx 749.
— isthmica 963.
— ovarialis 111. 465. 1023. 1592.
— — mit ausgetragenem Kind 1023.
— tubaria 171. 360. 402. 500. 501. 748. 901. 978. 1658. 1694.
— — Blutviskosität bei 1048.
— — Diagnose der 1022. 1154. 1281.
— — doppelseitige 1591. 1662.
— — durch Appendicitis kompliziert 1694.
— — Fruchtabtreibungsversuche bei 1789.
— — isthmica 1694.
— — ligamentäre 1079.
— — und Corpus luteum - Cystenruptur 1047.
— — wiederholte 361. 744. 901. 1695.
— tubo-ovarialis 1080. 1153.
— und Myoma uteri 63. 190. 448. 675. 1332. 1667.
Gravidität, extradeciduale 1827.
— galvanische Erregbarkeit in der 1098. 1477.
— Harntoxizität in der 32.
— Lipoide in und nach der 289.
— nach Akromegalie 1030.
— Nervenerkrankungen in der 39.
— Achselschweißdrüsenveränderungen während der 288.
— anormale in mißgebildetem Uterus 1284.
— Antitrypsingehalt des Blutes bei 110.
— biologische Diagnose der 235*. 1092.
— Bruchoperationen während der 81.
— Dilatation der Nierenbecken und Harnleiter durch die 146.
Graviditätsbeschwerden 307. 480. 801.

Digitized by Google

Graviditätsblutungen 584. 657. 1387.
— dauer 193*. 373*. 806*. 872. 1065*. 1195. 1595.
— dermatosen 196. 307. 1596.
— diabetes 82. 553. 1766.
— diagnose mittels der Abderhaldenschen Methode 236. 299. 322. 613*. 844. 845. 871. 881. 885. 888. 934*. 949. 982. 983. 1091. 1092. 1110. 1183*. 1226*. 1368. 1422. 1503. 1504. 1578. 1591. 1635. 1636. 1715. 1762.
— hypertrichosis 1764.
— komplikationen 1461. 1541.
— leber und Leberinsuffizienz 74.
— streifen, Verhütung der 1213. 1573.
— toxämie 1214. 1336. 1420.
— — und Thyreoidismus 176. 476. 1416.
— toxikosen 176. 307. 476. 552. 553. 838. 824. 973. 984. 1130. 1131. 1238. 1418. 1542. 1585. 1596. 1701.
— zeichen, frühes 1633.
Gravidität, übertragene 1634.
— und Albuminurie 289. 805. 872. 1275. 1276.
— und Appendicitis 1336.
— und Chorea 1541.
— und Corpus luteum 1462.
— und Cystenniere 1167. 1231.
— und Epilepsie 73.
— und Fibrom 1461.
— und Glykosurie 841. 888.
— und Herzfehler 552. 798. 877. 972. 1574. 1686. 1723. 1764. 1805*.
— und innere Sekretion 1037.
— und Karzinom 47. 1507.
— und Larynxtuberkulose 1862.
— und Leberabszesse 82.
— — — veränderungen 839. 872. 1169. 1417.
— und Lungentuberkulose 182.
— und Morbus Addisonii 842. 1543.
— und Myom 63. 190. 1461.
— und Nephrektomie 144.
— und Nervenerkrankungen 39.
— und Ovarialtumoren 1463.
— und perniziöse Anämie 553. 1767.
— und Pocken 1337.
— und Quincke'sche Krankheit 1543. 1763.
— und schwere Anämien 83.
— und Struma 1099.
— und Syphilis 952. 953.
— und Tetanie 729. 834.
— und Thyreoidea 476. 839.
— und Tuberkulose 704. 1057. 1168. 1335. 1861.
— und Uterusfibrom 190.
— und Uterustumoren 1543
— Wassermann'sche Reaktion in der 246.
Grenzlinie zwischen Medizin und Chirurgie 1021.
Griechin (die) im Hinblick auf die Größe, Beckenmessung usw. 214.
Grundgewebe, latente Erkrankungen des 36.
Gummidilatationsballon 1344.
— handschuhe 327.
— — Löcher in den 328.
— — sterilisation 327.
— katheter 1494.
Gymnastik 1077.
Gynäkologie, allgemeine 211. 1729. 1858.
— und Psychiatrie 525. 1820.
Gynäkologische Eingriffe und akute Tuberkulose 7*.
— Streitfragen 1686.
— s Vademekum 399.
Gynatresia, Ätiologie der 943.
— congenita neben Uterus bicornis duplex 1205.

Halten des Uterus in der Placentarperiode 124*.
Hämatokele nach Graviditas tubaria 1695.
— retrouterina 963. 1658. 1789.
— suprauterina 1694.
Hämatokolpos partialis 1639.
Hämatoma neonatorum 925.
— — epidurales 1476.
— vaginae 131*.
— vulvae 131*.
Haematometra 275*. 1639.
— nach Abrasio 1867.
Haematoporphyria congenita 1731.
Haematosalpinx bilateralis 1639.
Haematurie 987. 1278.
— essentielle 1085. 1366. 1792.
— renale 1465.
Hämoperitoneum beim Neugeborenen 1026.
Hämophilie bei Frauen 71. 744. 1136. 1500.
Hämorrhoiden 791. 987. 1211. 1212. 1499.
Handbuch der Frauenheilkunde 1150.
— der Frauenkrankheiten 1329.
Händedesinfektion 328. 396. 874. 876. 1094. 1547.
Handschuhsaft 206*. 619*.
— verletzungen 874.
Handschutz bei eitrigen Operationen 1548.
Harnanalyse bei Eklamptischen 1122.
— eiterung 1054.
— organe 144. 253. 442. 826. 878. 987. 1049. 1085. 1274. 1344. 1464. 1697.
— — postoperative Infektion der 1055.
— — Tuberkulose der 831.
— sedimente, Bedeutung der 149.
— toxizität bei Anaphylaxie 1603.
— — bei Eklampsie 32. 481*. 799. 846.
— — in Gravidität, Geburt und Wochenbett 32. 882.

Digitized by Google

Harnverhaltung, postoperative und Pituitrin 42.
Hasenscharte 1717.
Hautdefekt 1019. 1428. 1715.
— desinfektion 876. 1143. 1548.
— geschwülste, angeborene, multiple 1562.
— krankheiten des Säuglings 1546.
Hebammenausbildung 118. 584. 914. 915.
— — österreichische Zustände 120.
— beaufsichtigung 118.
— Einschränkung der inneren Untersuchung für 117.
— fortbildungskurse in Preußen 915.
— — — in Sachsen 1404.
— Händedesinfektion für 915.
— kunst in Bildern 116.
— lehrbuch 210. 913. 916.
— reform 914.
— schwestern 914.
— und die geburtshilflichen Polikliniken 119.
— unterricht 119. 120.
— wesen 115. 913.
— — in den Niederlanden 115.
— — Studien zur Geschichte des 116.
Hebosteotomie 159*. 694. 743. 865. 1516. 1649.
Heliotherapie bei Peritonealtuberkulose 183.
— in der Gynäkologie 1467.
Hemicephalie 152.
Hernia duodeno-jejunalis beim Säugling 1080.
— epigastrica 1127.
— incarcerata 1769.
— inguinalis 557. 1573.
— — vesicae 832.
— labialis posterior 1048.
— Treitzii beim Säugling 210.
— umbilicalis 1793.
Hernien der Uterusadnexe 78. 750. 1692.
— des Beckenausgangs 785.
— reposition beim Säugling 1373.
Herpes zoster im Wochenbett 121*.
Herzerweiterung 1362. 1574.
— fehler, angeborener 735. 1341.
— — Eheverbot bei 798.
— — und Gravidität 552. 798. 802. 877. 972. 1574. 1686. 1723. 1764. 1805*.
— massage 642.
— und Fortpflanzungsfunktion 803.
— und Zwerchfellstand in der Gravidität 803.
— veränderungen in der Gravidität 670.
Hexal 703.
Hexamethylentetramin 1466.
Hinterscheitelbeineinstellung 671.
Hirntumor 1821.
Hodenteratom 1704.
Holocardius 974.
Hormonal in der Chirurgie 251. 987.
Hormonalwirkung 251.
Hospitalbericht 475. 1213.
Hufeisenniere 253.
Humerusfraktur, kindliche 475.
Hydatidencysten im Abdomen und Beckenraum 250.
Hydramnios 475. 1662.
Hydrastinin 222. 702. 1139.
Hydrocephalie, fötale 1830.
Hydronephrose 827. 1344.
— experimentelle durch Ureterverschluß 148.
— mit Hufeisenniere 444.
Hydrops tuboovarialis profluens, Kasuistik 71.
— univeralis neonati 474.
Hydrorrhoea uteri gravidi amnialis 436. 645*. 1428.
Hydrotherapie in der Gynäkologie 1559.
Hyperämie nach Injektionen von Placentarextrakt 1016.
Hyperemesis gravidarum 90*. 307. 838. 1017. 1243. 1551. 1565.
Hypernephrome 1464. 1793.
Hyperplasie bei atrophischen Prozessen 636.
Hyperthelie 519.
Hypogastricaligatur bei Karzinom 1082. 1663.
— wegen Uterusmyom 423.
Hypophysin 755.
Hypophysis 710. 880.
— extrakt 42. 44. 320. 756.
— — als Wehenmittel 43. 509. 712. 1138. 1414.
— — bei atonischen Blutungen 43.
— — bei Blutdrucksenkungen 1138.
— — bei Inertio uteri 43.
— — bei Nephritis und Herzfehlern 45.
— — bei postoperativer Harnverhaltung 42.
— — bei Placenta praevia 1536.
— — Gefahren des 1517.
— — und Spätgeburt 162*.
— — wirkung 337*.
— in graviditate 142. 180.
— — — und nach Kastration 142.
— präparate 510.
— — bei Hebosteotomie 159*.
— — geburtshilfliche Indikationen und Kontraindikationen der 1726.
— veränderungen bei Akromegalie 1674.
— und Knochenwachstum 1159.
Hypospadie 833.
Hysterectomia abdominalis bei verschleppten Lagen 1344. 1765.
— — Catgutnahtligaturen bei 1441.
— — nach Uterusperforation 1202. 1203.
— — Vaginaefixatio bei 84. 188.
— — wegen Vaginaldefekt 1639.
— durch »Décollation antérieure« 945.

Digitized by Google

Hysterectomia totalis abdominalis bei Fibrom des Lig. lat. mit Zerreißung der Blase 192.
— — — bei traumatischer Uterusruptur 637.
— — — bei Uteruskarzinom (Wertheim) 1083. 1804. 1197. 1245. 1568. 1632. 1665. 1667.
— — — — — Heilungserfolge bei 1665.
— — — — — Nachbehandlung der 1486.
— — — contra vaginalis bei Uteruskarzinom 1245. 1443.
— — — bei Metritis chronica haemorrhagica 1178.
— — — bei Prolaps 1363. 1554.
— — — bei septischen Aborten 824.
— — — bei Uterusfibrom 189.
— totalis vaginalis bei Uteruskarzinom 1083. 1196. 1443.
— — — erweiterte, bei Uteruskarzinom (Schauta) 1083. 1245. 1443.
Hysterie 525. 1485.
— und die strafrechtliche Verantwortung des Hysterischen 41.
— und Neurasthenie 1485.
Hysterische, Selbstverletzungen von 41.
Hysterographie 1393. 1892.
Hysterotomia 962.
— abdominalis 830.
— anterior 1359.
— — bei Placenta praevia 1383. 1388.
— vaginalis anterior 701.

Ichthynat Heyden 221.
Ikterus neonatorum 1771.
Ileocoecaltuberkulose 1597.
Ileus 974. 1498.
— chronischer, mesenterialer 1856.
— nach Ventrofixatio uteri 650.
— postoperativer 1166. 1315. 1316.
Imidazolyläthylamin in der Geburtshilfe 265*. 564*. 756. 1587.
Impfmetastasenverhütung bei vaginalen Karzinomoperationen 866.
Immunität beim Ratten- und Mäusesarkom 46.
— svorgänge in der Gravidität 871.
Incontinentia urinae bei Frauen 148. 445. 580. 968. 1596.
Inertia uteri 1573.
Infant Pulmotor 1027.
Infantilismus 843. 1369. 1602.
— des Weibes, asthenischer 1859.
Infektion, autogene 280. 947. 1164.
— der retroperitonealen Lymphdrüsen 559.
— des Beckengewebes post partum 1363.
— postoperative renale 1362.
— puerperale 398. 923. 1430. 1453. 1742. 1829. 1869*.
Infektion, puerperale, Joddampfbehandlung bei 294.
— — Salvarsanbehandlung bei 1310.
— sweg bei der weiblichen Adnextuberkulose 30.
Inhalation und Trinkkur 644.
— snarkose 223. 247. 798.
Innersekretorische Produkte und Organismus 952.
Insertio velamentosa 408.
Instrument für intra-uterine Eingriffe 1146. 1290*.
— neues, zum Anlegen und Halten der Nähte 1170.
— zur Anlegung und Entfernung der v. Herff'schen Klammern 1263.
Instrumentenbank 1271.
Interpositio uteri vesico-vaginalis 280. 1039. 1125. 1335. 1553. 1669.
— — — — mit Verkürzung der Sakrouterinligamente 1126. 1554.
— — — — Modifikation der 1553.
— — — — operative Behandlung der Rezidive nach 1554. 1808*.
Intestinalstase, chronische 1499.
Intramuskuläre Ätherisierung 224.
Intraperitoneale Verblutung intra partum durch Venenruptur des Uterus 537*.
Intrauteriner Schrei 149. 150.
Intrauterinpessar 189.
Intrauterine Ernährung 691.
— — Verwundung der Frucht 708.
Intravesikale Diagnose 1281.
Inversio uteri 189. 531. 718*. 1460. 1671.
— — chronica 363.
— — mit Adhärenz der Placenta 1127.
— — puerperalis 529*. 788. 1127. 1460. 1670. 1880*.
Inzuchtfrage 1730.
Irresein, menstruelles 40.
Irrigationsurethroskop 1795.
Ischuria paradoxa bei Graviditas tubaria 105.
— puerperalis 878.
Isopraläthernarkose 980.

Jahresbericht, urologischer über die Literatur von 1912 1854.
Joddampfbehandlung bei puerperaler Infektion 294.
— tinktur zur Hautdesinfektion 1548.
— — zur Vaginaldesinfektion 876.

Kalipermanganat als Anästhetikum 1492.
Kalkgehalt des Blutes 1479.
— — — — in der Gravidität 958. 1891.
— stoffwechsel und Nebennieren 1564.
Kalziumentziehung 1375.
— gehalt des Blutes in graviditate 1575.
— -Gelatineinjektionen 222.
Kampferöl in der Chirurgie 313. 600. 1544.

Digitized by Google

Karzinom 46. 440. 673. 866. 982. 1081. 1243.
Karzinoma colli 441. 830. 896. 1442. 1496. 1600.
— — Operationstatistik bei 1082. 1666.
— — Rückbildung der Blasenveränderungen bei bestrahltem 1645*.
— — seine Wundversorgung bei der Radikaloperation 1*.
— corporis 275. 1442. 1455. 1666.
— — mit Myom und Ovarialcysten 1455.
— — mit Ovarialkarzinom 1455.
— uteri 46. 47. 440. 441. 655. 674. 695. 866. 889. 972. 1015. 1081. 1223. 1243. 1494.
— — und Gravidität 47. 675.
— — und Klimakterium 1369.
Karzinomätiologie 780. 790. 1081.
— behandlung 48. 255. 293. 673. 869. 1001. 1223*.
— — inoperabler Karzinome 426. 430. 673. 852. 870. 890. 1058. 1059. 1244. 1363. 1402. 1488. 1604.
— — mit kolloidalem Elektroselen 1495.
— — mit kolloidalem Kupfer 635. 673. 869.
— — mit Mesothorium 596. 869. 889. 891. 893. 972. 1143. 1223. 1360. 1438. 1454. 1487. 1604. 1646*.
— — mit Radium 426. 596. 869. 870. 1143. 1223. 1306. 1360. 1402. 1488. 1529. 1533. 1796.
— — mit Röntgenstrahlen 345. 426. 430. 431. 543. 544. 595. 596. 623. 869. 870. 889. 891. 893. 898. 972. 1454. 1486. 1529. 1604. 1646*. 1800.
— — mit Tellur und Selen 48.
— — operative 695. 866. 867.
— diagnose 949. 982. 984. 1225. 1363. 1457. 1469. 1575.
— entwicklung im Uterusstumpfe nach supravaginaler Amputation 610*.
— forschung, jetziger Stand 1243.
— Heilung des, nach Exkochleation 1141*. 1496.
— klemme 1143.
— metastasenbildung 674. 1162. 1250.
— mortalität in Preußen 1903—13 1497.
— operation, Nachbehandlung 1522.
— — sdauerresultate, Erhöhung der 347. 1084*.
— — sstastitik 674. 890. 1084. 1245. 1252. 1363. 1442. 1497. 1664. 1665. 1666.
— prophylaxe 1000. 1143. 1221. 1529. 1573.
— — und klimakterische Blutungen 96*.
— rezidiv 47. 1442.
— — operationen 675. 1525.
Karzinom- und Antitrypsingehalt des Blutes 110.
— und Immunität 46.
— und Lebensalter 1522.
— Urinbefunde bei 442.
Kastration bei chronischen Eierstocksschmerzen 218.
— Geisteskranker 41.
— und Knochenwachstum 1601.
— und Akromegalie 1100.
Kegelkugelhandgriff in der Geburtshilfe 1289*.
Keimdrüsen, Fehlen beider 1462.
— weibliche und Zuckerstoffwechsel 583.
— prophylaxis in der Chirurgie 327.
Kephalhaematoma 1715.
Kinderernährung 1772.
— fürsorge 670.
— heilkunde, moderne 667.
— sterblichkeit 1394. 1772.
— — in England 1417.
— vaginale Untersuchung der 1534.
Kindeslagen in der Geburtshilfe 736.
Kippstuhl zur Ausführung der hohen extraduralen Anästhesie 92*.
Kittniere 39.
Kleinhirnexstirpation bei Hydrencephalocele occipitalis 548. 783.
Klimakterium und Karzinom 1369.
Klimakterische Blutungen und Karzinomprophylaxe 96*.
Klitorishypertrophie, angeborene 366.
— karzinom 861. 1040.
— melanosarkom 367. 780. 1361.
Knochenbildung im Corpus albicans 1803.
— naht am Femur eines Neugeborenen 1007.
— und Gelenktuberkulose 641.
Kochsalzinfusionen bei Anämie 1171.
Kohlenoxydvergiftung bei Schwangeren 1370. 1371.
Kolotomia 1866.
Kolpaporrhexis sub partu, Kasuistik der 269*.
Kolpocystotomia 969. 1552.
Kolpohysterorrhaphia 362.
Kolpohysterotomia anterior 1415.
— posterior bei Inversio uteri 531.
Kolpokleisis 1465.
Kolpoperineoplastik 1194. 1459.
Kolporrhaphie mit Interpositio uteri 280.
Kolpotomia bei Hämatocele retrouterina 963.
— posterior 1868.
Komplementbindung und Schwangerschaft 479.
Komplikationen, geburtshilfliche 81. 590. 1130. 1766.
Konstitution und Krankheit 1596.
— und Rassenhygiene 1729.

Digitized by Google

Kopfform und Geburtsmechanismus 424. 1414.
Korpuskarzinom 441. 1555. 1783.
Kotsteine 1316.
— tumor 1291.
Krallenzange, doppelte 1271.
Kranioschisis 1771.
Kraurosis und Cancroid 998.
Kreatinausscheidung durch den Harn bei Wöchnerinnen 141.
Krebsbehandlung, Zeller'sche 48.
Kreuzgriff bei Entbindungen 412*.
Kreuzschmerz 1860.
Kropf 822.
Krukenberg'sche Ovarialtumoren 77. 572. 978. 1786. 1804.
Kugelzange 1260.
Kyphoskoliose, rachitische 1540.

Lachgas-Sauerstoffnarkose 223. 1491. 1512.
Lageveränderungen 186. 362. 785. 925. 1125. 1459. 1669.
Laminariadilatation 1090. 1876.
Laparotomie 696. 923. 1547. 1659.
— bei Inkarzeration des schwangeren Uterus 188.
— bei tuberkulöser Peritonitis 1242.
— frühzeitige bei Abdominalerkrankunkung 1270.
— Keimgehalt des Operationsfeldes bei 72. 326.
— narbe, Knochenbildung in der 1552. 1867.
— mit und ohne Gummihandschuhen 327. 1547.
— postoperative Beschwerden nach 1599.
— und Peristaltin 736.
Laparotomierte, Nachbehandlung der 949.
Larynxtuberkulose u. Gravidität 1862.
Leberabszesse während und nach der Gravidität 82.
— atrophie nach Chloroformnarkose 1216.
— degeneration bei Graviditätstoxikosen 1701.
— funktion in der Gravidität 1725.
— karzinom, solitäres, durch Operation geheiltes 1664.
— ruptur, kindliche 1002.
— tumoren 1011.
— veränderungen in der Gravidität 839. 872. 1169. 1417.
— verletzungen bei Neugeborenen 1002.
Lehrbuch der Chirurgie 668.
— der Cystophotographie 321.
— der Desinfektion 400.
— der Geburtshilfe 1657. 1688.
— — — chinesisches 1755.
— der Gynäkologie, kurzes 74.
— der Lokalanästhesie 967.
— der operativen Gynäkologie 112.
Lehrbuch der Röntgentechnik 727.
— — — therapie in der Gynäkologie 726.
— — — strahlen in Gynäkologie und Geburtshilfe 727.
— des Hebammenkurs 769.
Lehrmittel für den geburtshilflichen Unterricht 915.
Leiomyom 1069.
Leitfaden der Säuglingskunde 473.
— für gynäkologischen Untersuchungskurs 723. 1886.
— über die postkonzeptionelle und hereditäre Syphilis 725.
Le post-partum normal (Allgemeines, Geschlechtsorgane) 75.
Leukoplacia uteri 1479. 1632.
Levatornaht 1459. 1554.
Ligamente 1672.
— Mackenrodt'sche 1673.
Ligamentfixation, vaginale bei Retroflexio uteri, Modifikation der 1813*.
— operationen bei Retroflexio uteri 15*. 169*. 319. 948. 1125. 1241. 1363. 1479.
Ligamenta rotunda, intraperitoneale Verkürzung der 15*. 169*.
— sacrouterina, Verkürzung der, bei Prolapsoperationen 1125.
Ligamentum latum 869.
— — Hämatom des, durch Ruptur tubarer Gravidität 1284.
— — Tumoren des 728. 739.
— rotundum, desmoide Tumoren des 1602.
— — Herkunft und Bildung des 639.
— — Myome des 1015. 1269.
Ligaturklemme 1172.
— und Nahtmaterial 1172.
Lipektomie bei Fettsucht 1083.
Lipoidgehalt des Blutes 289.
Lipoma der Flexura sigmoidea 252.
— retroperitoneale 1673.
Lithopädion 104. 1727.
Lithotrypsie, cystoskopische 1793.
Lues 952. 1481.
— der Bauchorgane 1481.
— fötale 944.
— infektion, extragenitale 1481.
Lumbalanästhesie 381. 981.
— herzblockähnliche Erscheinungen nach 982.
Lumbalpunktionsnadel, neue 1217.
Lumbo-Neuritiden im Wochenbett 40.
Luminal 222. 704.
Lunge und Genitale tuberkulöser Frauen, Beziehungen zwischen 182.
Lungenembolieoperation 1123.
— — postoperative 1641.
— tuberkulose, Erfolge und Technik der einzeitigen Graviditätsunterbrechung und Sterilisierung bei 1581*.
— — und Gravidität 182.
Lymphangioma colli cysticum 1039.

Digitized by Google

Magencystosarkom, primäres 417*.
Magen-Darmerkrankungen, Röntgenuntersuchungen bei 38.
— — kanal, chirurgische Behandlung der Stauungszustände im 251.
— — — Röntgenologie des 1609.
— — lähmung, postoperative 680. 1174.
— dilatation, akute, postoperative 680. 977. 1175.
— karzinom 1363.
Malthushebamme 1313.
Mamma 290. 518. 1175. 1272.
— drüsen, Blutabsonderung aus 518.
— — entwicklung 1272.
— gangrän 820.
— hypertrophie in graviditate 542.
— innere Sekretion der 885. 1273.
— karzinom 291. 623. 898. 1782.
— — inoperables, Röntgenbestrahlung bei 1306.
— — rezidiv 1274.
— sekretion 1397.
— — nach totaler Hysterektomie 1273.
— tumoren 519. 521. 1177.
— und Ovarium 246.
Mamminum-Poehl 1178.
Marienbad als urologische Heilstätte 1088.
Massage, gynäkologische 607. 1133. 1213.
Mastisol in der Wundbehandlung 85.
Mastitis carcinomatosa 291.
— puerperale 291.
Mäusekrebs, Einwirkung von kolloidalem Kupfer auf 635.
— — und Menschenkrebs 1523.
McDowell, Dr. Ephraim 1252.
Medikamente 220. 702. 1347. 1675.
Medizin, innere, Handbuch der 771.
— — und Gravidität 552.
Medizinische Terminologie 1193.
Meiostagminreaktion 1495.
Melaena neonatorum 109. 151. 708. 1137. 1342.
Meningitis tuberculosa in puerperio 1421.
— zerebrospinale nach septischem Abort 1697.
Meningokele, basale, phenoorbitale 1415.
— dorsale 1693.
— occipitale 1693.
Menstrualblut, Beschaffenheit des 1365.
Menstruation 526. 843. 1134. 1500. 1667.
— bei neuroarthritischen Frauen 1135.
— frühzeitige 1367.
— Gesunder 528.
— Pathologie der Uterusausgüsse während der 1668.
— sanomalien der Jugendlichen 1134.
— sbeschwerden 1500.
— sblutungen, übermäßig starke 1134.
— — und Thermalkuren 1135.
— sstörungen u. Tuberkulose 705. 1135.
— und Allgemeinorganismus bei gynäkologischen Erkrankungen 528.
Menstruation und Arsen 526.
— und Blutdruck 528.
— — — gerinnungsfähigkeit 527. 1016.
— und Corpus-luteum-Bildung 50*. 1330.
— Ursache der 526.
— vorzeitige 437. 1667.
Menstruelles Irresein 40.
Mesenterialcysten 558. 1612.
Mesothorium, bakterizide Wirkung des 1142*. 1360.
— verbrennungen 1235.
Messungsstudien bei Frauen mit gynäkologischen Leiden 1021.
Metreuryse 86. 172. 1382. 1726. 1808.
Metritis 1396.
— chronica 1178.
— dissecans puerperalis 1476.
— Heißluftbehandlung der 1467.
Metropathien, hämorrhagische 1097.
Metrorrhagie 1242.
— Röntgenbehandlung bei 1377.
Milchabziehen bei Brustdrüsenabszessen 291.
— säurespülungen der Vagina 1447.
— sekretion 518. 938. 1177. 1397.
— — Steigerung der, durch Eiweißernährung 290.
— — — — durch Polylaktol 518.
— syphilitischer Frauen, Infektiosität der 1481.
Miliartuberkulose, akute, nach Genitaltuberkulose 1200.
Milzcysten 668.
— ruptur 668.
— stieltorsion, einen Ovarialtumor vortäuschend 980.
— vergrößerte 1269.
Mißbildungen der Genitalien 109. 403. 516.
— kindliche 423. 709. 739. 1073.
Missed labour 1213.
Mola hydatidosa 586. 587. 1339. 1340. 1701.
— — destruens 587. 1702.
— — Ovarialerkrankungen nach 1703.
Molluscum contagiosum 945.
Momburg'scher Schlauch, Gefahren des 1367.
— — Wirkung des, auf Herz- und Blutdruck 1170.
Monstrum, weibliches 709.
Morbus Addisonii und Gravidität 842. 848. 1543.
— Basedowii, Ovarialfunktion bei 800. 1763.
— — und Röntgenstrahlen 1208.
— — und weibliches Geschlechtsleben 800. 801.
Morphin und Allgemeinnarkose 1491.
Müller'sche Gänge, Fehler in der Verschmelzung der 396.
Mutterberatungsstelle 1407.

Digitized by Google

Mutterkornpräparate 919.
— milch 922.
Myohysteropexie 1670.
Myoma uteri 23. 189. 345. 347. 446. 502. 594. 602. 698. 745. 856. 1460.
— — als Geburtshindernis 1169.
— — Blutstillung bei 1593.
— — Blutversorgung des 1245.
— — cysticum 405. 909.
— — — riesengroßes 1109.
— — Frühoperation bei 1239. 1240.
— — Geburt und Kindbett bei 1038.
— — Hypogastricaligatur wegen 423.
— — interligamentosum 1300.
— — Komplikationen bei 1239.
— — rotes 447. 1248.
— — Spätrezidive 675.
— — submucosum 133. 745. 771. 857. 1561. 1786.
— — — lymphangiectaticum 1015.
— — und Fertilität 521. 745.
— — und Gravidität 63. 190. 448. 675. 1332. 1460. 1461.
— — und Karzinom 314. 1442.
— — und Ovarialblutungen 1566*.
— — und Sterilität 190. 447. 521. 745.
— — und Wochenbettstörungen 745.
Myomätiologie 743. 1269. 1595.
— ausstoßung, spontane, sub partu 448.
— behandlung 23. 25. 64. 133. 189. 446. 447. 746. 771. 894. 1173. 1247. 1550. 1561.
— — durch Röntgenstrahlen 37. 426. 446. 501. 594. 595. 771. 893. 895. 898. 940. 1118. 1377. 1436. 1528. 1593. 1604. 1646*. 1687.
— — mit Radium 37. 426. 893. 1377. 1437.
— — hyaline 503.
— — karzinomatöse 446. 1041. 1201.
— e maligne 747.
Myome, retrocervicale 502.
— supplacentare 192.
Myomenukleation, abdominale 27. 1040. 1196. 1247.
— — — in graviditate 281.
— hysterektomie, Indikation zur 1173.
Myomoperationsmethoden 69.
— — statistik 24. 46. 745. 829.
— stieltorsion 447.
— verjauchung 746. 858. 1144. 1146.
Myomotomie 918.
Myorrhaphie bei Mastdarmvorfall 757.
Myosarcoma uteri 912. 1059. 1194. 1577.
Myxofibroma labii majoris 1899.

Nabeladenome 557.
— schnur 406. 514. 1019. 1825.
— — bruchruptur intra partum 1543.
— — klemme 1020.
— — knoten 1597.
— — restbehandlung 765*. 784. 1077. 1427. 1827.
Nabelschnurruptur intra partum 1819.
— — torsion 1020. 1428.
— — umschlingung 448. 516. 1235. 1399.
— — vorfall 1020. 1827.
— — — Reposition des 1853*.
— tumoren 636.
Narkophin 224. 717*. 795. 1347.
Narkose 223. 792. 980. 1215. 1490.
— elektrokardiographische Studien über 1215. 1490.
— intravenöse 792.
— nlähmung 1233.
— nwahl 642. 1240.
— und Herz 1215.
Nasale Reflexleiden 213.
Nase und Genitalorgane 213.
Nebenlungen 320.
— nieren bei Anencephalie 351.
— — tumoren, extrarenale 1100.
— — und Genitale 841.
— — und Kalkstoffwechsel 1564.
— — veränderungen bei Gravidität und nach Kastration 778.
Neoplasmen, unoperierbare, Seleniumeinspritzungen bei 48.
Nephrektomie 106. 144. 1045. 1335.
— und Gravidität 144.
Nephrektomierte, Schicksal der 1464.
Nephritis gravidarum 798.
— chirurgie, derzeitiger Stand 1274.
Nephropathia gravidarum 572. 799. 800. 879. 887. 1553. 1559. 1603.
Nephroptosis und Nephropexie 1049.
Nephroureterektomie 443.
— — bei Nierentuberkulose 186.
Nervenerkrankungen in der Gravidität 39.
Netz 1088. 1704.
— torsion 1705.
— tumoren 1705. 1739.
— vorfall 558.
— wanderung 1705.
Neugeborenes 149. 473. 707. 781. 1219. 1341. 1372. 1545. 1771. 1830.
— Baden des 1101*.
— Einfluß des Nichtstillens auf das 1832.
— epidurales Hämatom im Rückenmarkskanal bei 1849*.
— mit Ectopia vesicae 133.
— Weichteildefekte am Kopfe vom 247.
Neugeborenenentwicklung, körperliche 109. 1024. 1122.
— ernährungsstörungen 1025.
— gewicht und Ernährung der Mütter 1220.
— gewichtsabnahme 1546.
— pflege 667. 709. 782.
Neuralgien 1305.
Neurasthenie sexualis 1559. 1598.
Neuritis puerperalis 39.

Digitized by Google

Neurologisches 39. 524. 1483. 1820.
Neuro- und Psychopathien post partum 40.
Niere, einseitige verschmolzene 1697.
— — septische 1697.
— polycystische 443.
Nierenausschaltung durch Ureterligatur 1087.
— becken, Auswaschung der 1049.
— — collargolinjektionen 1050.
— — erweiterung und Pyelitis 29.
— — mißbildungen 1050.
— — neubildungen, primäre epitheliale 827.
— — Pathologie des 145.
— — spülungen 830.
— — Steinbildung im 1366.
— — und Harnleiter, Dilatation durch die Gravidität 146.
— blutungen, Epinephrin gegen 1465.
— — essentielle 828.
— chirurgie 826.
— dekapsulation bei chronischer Nephritis 829. 1085.
— — bei Eklampsie 323. 1085.
— — experimentelle 443.
— diabetes in der Gravidität 146.
— dystopie 32. 106. 828.
— — linkseitige mit rechtseitiger Graviditätspyelonephritis 667.
— erkrankungen in der Gravidität herzkranker Frauen 799.
— funktion in der Gravidität 1553. 1757.
— — sprüfung durch die Phenolsulfonphthalein-Probe 198*. 253. 316. 442. 832. 846. 988. 1336. 1366. 1466.
— — — durch Indigokarmininjektionen 1274. 1366.
— geschwülste, angeborene 666.
— läsion 1274.
— operationen und Gravidität 443.
— physiologie und funktionelle Nierendiagnostik 1590.
— schädigungen bei 821. 1236.
— stein 643. 827. 1278. 1699. 1793.
— — operation 1279.
— transplantierte, Funktionsprüfung an 1345.
— tuberkulose 185. 706. 1050. 1058. 1374. 1375. 1863.
— — Frühdiagnose der 1864.
— — Nephro-Ureterektomie wegen 186.
— — Röntgendiagnostik der 39.
— tumoren 826.
— und Harnwege, Untersuchung mit X-Strahlen 585.
— veränderung nach Ureterunterbindung 147.
— verletzungen 827.
Noviform in der Gynäkologie 221.
Novojodinpaste 1140.
Oberschenkelamputation, fötale 1165.
— fraktur des Kindes sub partu 80.
Obstipation, chronische 354. 791.
— des Säuglings, habituelle 1025.
— nach Sectio caesarera 19.*
Oedema acutum cervicis uteri grav. et parturientis 82.
Ölanwendung, intraperitoneale 1088.
Operationen, Allgemeines über 84. 1170. 1270. 1864.
— endovesikale 968.
— geburtshilfliche 79. 310. 553. 1342. 1764.
— — Morbidität und Mortalität nach 1764.
— — Häufigkeit im Frauenspital Basel-Stadt 79.
— systematische Übungen nach 1175.
— tuberkulöser Affektionen 1336.
— vaginale, Technik der 1172.
Operationscystoskopie 1701.
— lehre, chirurgische 34.
— methoden, endovesikale 148.
— reflektor 739.
Operative Technik 599.
Operierte, Frühaufstehen der, und Thrombophlebitis 85.
— Nachbehandlung von 1707.
Opiumpräparate 703.
Organextrakte 477.
— therapie in der Gynäkologie 1392.
Ösophagusvaricenruptur intra partum 1339.
Osteomalakie 846. 864. 1540.
— Adrenalinbehandlung bei 217.
— und Kastration 1602.
— und Pituitrin 45. 391.
— und Rachitis 549. 864.
— und Stoffwechsel 439.
— und Tetanie 216.
Otitis bei Eklampsie 1421.
d'Outrepont, Jos. Servatius v. 1886.
Ovaradentriferrin 514.
Ovarialabszesse 1041.
— adenokarzinom 1572.
— — kompliziert mit Myom 697.
— aktinomykose 1360.
— blutungen 1610. 1663.
— — und Uterusmyom 1566*.
— cyste, intraligamentäre, Spontanruptur einer 219.
— — mit schwerer intraperitonealer Blutung 219.
— — Wiederanwachsen einer, nach Abtrennung 219.
Ovarialcysten 1441. 1804.
— — abtragung auf vaginalem Wege 598.
— — doppelseitige, degenerierte, Abtragung von 220.
— — — faustgroße, seröse 501.
— — gelatinöse 220.
— — große 597.

Digitized by Google

Ovarialcysten, konservative Operation der 1897.
— — punktion 599.
— — ruptur, spontane 1251. 1803.
— — stieltorsion 501. 513. 1041. 1896.
— — — in graviditate 979.
— — — mit entzündlichem Prozeß am Blinddarm 219.
— — und chronische Appendicitis 598.
— dermoide 920. 1391.
— — cysten 513.
— — — ruptur 513.
— — — tuberkulöse 183.
— endotheliom 1677. 1897.
— epitheliom 404.
— erkrankungen und Sterilität 1732.
— fibromyom, sarkomotös degeneriertes 77.
— fibrosarkom 978.
— funktion 1165. 1601. 1723. 1802.
— — bei Morbus Basedowii 800. 1763.
— geschwülste 513.
— karzinom 978. 1610.
— — palliative Behandlung des 72.
— — Röntgenbehandlung des 623. 897. 898.
— — sekundäres bei Korpuskarzinom 866.
— melanosarkom 1463.
— — metastatisches 1122.
— myxosarkom 597.
— nervendurchschneidung 1502.
— resterhaltung 1241.
— sarkom 867.
— schwellungen 1600.
— struma 1556. 1567.
— teratome 1555. 1611.
— tumoren 77. 978. 980. 1610. 1894.
— — cystische 1463.
— — karzinomatös degenerierte 501.
— — maligne 622. 1402.
— — — metastatische 1250.
— — stieltorsion 107. 218. 1756.
— — und Gravidität 979. 1463.
Ovarielle Blutungen 388. 1896.
— Dyspepsie 1249.
Ovariendegeneration, kleincystische 1803.
— implantation 1802.
— menschliche, Jodgehalt der 78.
— miterkrankung bei epidemischer Parotitis 597.
— physiologische Funktion der 217.
— transplantation 218. 639. 696. 1161.
— veränderungen bei wiederholten Adrenalineinspritzungen 1350*.
Ovariotomie, Prognose der 1252.
— während Gravidität, Geburt und Wochenbett 1895.
Ovarium 77. 217. 510. 597. 978. 1248. 1453. 1462. 1609. 1802. 1894.
— Anatomie des 1252.
— — und Physiologie des 1333.
Ovarium, Chemie des 843.
— defekt 1243.
— extrakt 1016. 1392. 1485. 1609. 1679.
— — und Blutgefäßsystem 598.
— Follikelsprungstellen im 1016.
— innere Sekretion des 1248.
— und Glandula lutea 180.
— und Infektionskrankheiten 1249.
— und Mamma 246.
— Verkalkung und Knochenbildung im 1463.
Ovulation 843. 1454. 1595. 1723.
Oxalurie 1278.
Oxyuris im Appendix 1156. 1740.

Pädatrophie 781.
Pankreas 668.
— cysten 669.
— schädigung bei Eklampsie 984.
— und Ovarium in ihren Beziehungen zum Zuckerstoffwechsel 321.
Pantopon 795.
— -Skopolamin bei Operationen 224. 380*.
— — -dämmerschlaf 551.
— und Pituglandol-Wirkung in der Geburtshilfe 167*.
Paraffineinbettung von Uterus und Ovarien 1416.
Parametritis chronica 133*. 925. 1673.
— posterior 924. 1763.
Paraoxyphenyläthylamin 222.
Parathyreoidea 1099.
Parotitis 597.
Parovarialcysten 79. 1249.
— — intraligamentäre 979.
— — stieltorsion 1338.
Partus praematurus provocatus 553. 554.
Pathologie, allgemeine 634. 1727.
— in der Gynäkologie 1573.
Pathologisch-histologische Technik, Grundzüge der 75.
Perforation der Bauchwand 1128.
— der Blase in die freie Bauchhöhle 1699.
— des lebenden und abgestorbenen Kindes 555. 1169. 1338.
Perinealrupturen 672.
Perineorrhaphie mit 8er-Nähten 1174.
Peristaltik, Anregung der, nach Laparotomien 1707.
— hormonal 1040.
Peristaltin nach Laparotomien 736.
Peritonealadhäsionen 294.
— falten, fötale 1210. 1366. 1856.
— riß 313.
— schutz 248.
— tuberkulose 1168. 1861.
— — Röntgenbehandlung der 595.
Peritoneum 248. 557. 1088. 1611. 1704.
— Epithelcysten des 250.

Digitized by Google

Peritoneum, Reizbehandlung des, anteoperative mit Kampferöl 64. 248.
— widerstandsfähigkeit 1105*.
Peritonitis, Bakteriologie der 249.
— antiseptische Behandlung der 1704.
— Ätherspülung bei 1705.
— behandlung mit Collargol 1612.
— — mit Kampferöl 1612.
— — operative 1704.
— diffusa, Peritonealdrainage bei 249.
— — nach geplatzter Pyosalpinx 366.
— eitrige nach krimineller Uterusperforation 314.
— gefahr bei Uterusperforation 1456.
— nach Appendicitis 1314.
— prophylaxe mit Kampferöl 1088.
— puerperale 65. 67. 1202. 1638.
— Rehn'sche Behandlung der 1611.
— tödliche nach Coliinfektion 1612.
— tuberkulöse 1021. 1242.
Permyroyalvergiftung 1696.
Peroneuslähmung post partum 973.
Pessar, antikonzeptionelles 100. 1359. 1691.
— behandlung 256. 364. 521. 771. 1126.
— neues 1671.
Pfählungsverletzungen 862. 1544. 1899.
— — in graviditate 1544.
Pfannenstiel'scher Querschnitt 16. 84. 937.
Phlebitis puerperalis 590.
— utero-pelvica 589.
Phlegmone, perinephritische beim Kind 828.
Phobrol 875. 1627*.
Phokomelie 1073. 1373.
Physopyometra 1716.
Pituglandol in der Geburtshilfe 42.167*. 334*. 509. 510. 689. 711. 1108. 1138. 1139. 1166. 1369.
Pituitrin 42. 44. 165*. 509. 755. 1138. 1735.
— als postoperatives Tonikum 42.
— als Wehenmittel 43. 44. 165*. 510. 711. 756. 880. 1014. 1476. 1737.
— bei atonischen Blutungen 1583. 1678.
— bei Osteomalakie 45. 391.
— bei Placenta praevia 1536.
— bei Retentio urinae 42. 818.
— bei schweren Menorrhagien 31.
— bei uterinen Dauerblutungen 1369.
— Gefahren für das Kind bei 712. 1418.
— Uterusruptur nach 720*.
— wirkung auf Kreislauf und Atmung 711.
— zur Einleitung der Frühgeburt 509. 756. 1017. 1139. 1418. 1737.
Placenta 85. 406. 514. 1019. 1426. 1452.
— albuminurica, typische ohne Albumen 87.
— marginata 142. 352.
— monamniotischer Zwillinge 1717.
— Oxydasenreaktion in der 360.
Placenta praevia, anatomische Grundlagen der 1426.
— — Behandlung der 86. 515. 515. 1009. 1019. 1381. 1442.
— — centralis 652*.
— — — Sectio caesarea bei 1019.
— — Mechanismus der 515.
— — Pituglandol bei 334*.
— — Pituitrin bei 584.
— — statistik 515. 1382.
— Studien über die 406.
— tiefe Insertion der 515.
Placentarbefunde, histologische, Graviditätsbestimmung auf Grund von 193*. 373*. 806*. 1065*. 1195.
— blutungen 584. 1381. 1418.
— cysten 87.
— extrakte 479.
— — Hyperämie u. Hämorrhagie nach 1016.
— gefäße 142.
— hormone und -substanzen als Laktagoga 1273.
— infarkt und intrauterine Unterernährung 1003.
— karzinom, sekundäres 773.
— lösung, manuelle 637. 1134. 1418. 1828.
— — vorzeitige 85. 86. 407. 514. 579. 1427. 1503.
— periode 124*. 1372.
— retention 407.
— — und Pituglandol 764*.
— tumor 87. 408.
Pneumonie, kruppöse bei einer Stillenden 1177.
— postoperative 148. 398.
Pocken und Gravidität 1337.
Porro'sche Operation 976. 977. 1338. 1458.
Portioepitheliom 1782.
— erweiterung intra partum 1520.
— inkarzeration durch Schalenpessar 339*.
— karzinom, Mesothorbehandlung des 1208.
— — operation 1699.
— vaginalis, Anatomie der 1552.
Post abortum-Erkrankungen 1430.
Post partum-Blutungen 407. 1005. 1247. 1386.
— — — Pituitrin mit Ergotin bei 1015.
Praecanceröse Krankheiten 1596.
Primiparae, alte 1823.
Proktoklysis 1271.
Prolaps 178. 362. 787. 862.
— anatomische Ursachen des 785.
— operationen 256. 362. 363. 666. 786. 787. 1125. 1335. 1363. 1598. 1669. 1670.
— — bei älteren Frauen 188. 1125.
— rezidive, operative Behandlung der, nach Interpositio uteri vesico-vaginalis 1554. 1808*.

Digitized by Google

Prolaps, totaler durch Tumor 1671.
— und Unfall 1459.
— virgineller 858. 1194.
Prolapsus funiculi und Pituglandol 712.
Prostitution *B* 400.
Protargol 703. 829. 875.
Pruritus vulvae 741. 1178.
— — bei Diabetes mellitus 1898.
Pseudoeklampsie 1421.
— hermaphroditismus 403. 517. 738. 836. 918. 1479. 1638.
— myxoma peritonei 220. 250. 507. 684. 918. 1611.
— — nach Appendicitis 1739.
— trichiasis vesicae 1087.
Psychiatrie 39. 524. 1483. 1820.
Psychoneurosen, gynäkologische 40. 524. 1240. 1483. 1485. 1679. 1820.
Psychopathien genitalen Ursprungs 1485.
Psychosen, geburtshilflich-gynäkologische 524. 525. 551. 1821.
Pubertät 526.
— sblutungen 1134.
— und Körpergröße 1668.
Puerperalfieber 292. 819. 1307. 1637. 1828.
— — behandlung, Fortschritte in der 1307.
— — — medikamentöse 294. 1343. 1397. 1829.
— — — mit intravenösen Injektionen von Aqua destillata 1399*.
— — — mit intravenösen Elektrargolinjektionen 333.
— — — mit Collargolklismen 1638.
— — — mit Serum 293. 325. 1310. 1637.
— — — mit Vaccine 820.
— — — operative 292. 1309. 1336.
— — diagnose, bakteriologische 293. 398. 819. 1307. 1310. 1829.
— — epidemie der Straßburger Frauenklinik 819.
— — mortalität in München 292. 1830.
— — nach Coliinfektion 655. 1638.
— — prognose 292.
— — prophylaxe 292. 821. 1443. 1511. 1637. 1854.
— — Selbstinfektion bei 1124. 1308. 1444. 1511.
— — statistik 1637.
— — Uterusspülung bei 1310.
Pulmonalatresie 735.
Pulmotor 1573.
Puls, hoher 588.
Pulsationen des Herzschlauches beim Embryo 1028.
Punktion des Sakralkanals rachitischer Becken 378*. 773.
Pyämie, puerperale 292.
Pyelitis 254. 839. 1085. 1345. 1346.
— granulosa 1086.
Pyelitis gravidarum 800. 803. 829. 1049. 1276. 1791.
— und Nierenbeckenerweiterung 29.
Pyelographie 1791.
— nephritis, doppelseitige 1233.
— — gravidarum 145. 315. 829.
Pyokolpos 241.
Pyometra 1083.
Pyonephrosis 1003.
— tuberculosa occlusa 706.
Pyosalpinx 365. 366. 696.
— doppelseitige 772.
— und Ovarialabszeßoperation bei Abortus 1041.
Pyovarium 1033*.

Querlagen 452. 671. 1344. 1396. 1765.
Querschnitt, Pfannenstiel'scher 16. 84.
— stand, tiefer, bei Kopflagen 1634.
Quincke'sche Krankheit und Gravidität 1543. 1763.

Rachiotomie 81.
Rachitis 863.
— fötale 1545.
— und Osteomalakie 864.
— — — in Japan 549.
Radioaktivität 1795.
Radiologie 36. 591. 1058. 1206. 1304. 1376. 1486. 1604. 1795.
— therapie der Geschwülste 37. 596. 601. 1305. 1380. 1605. 1798. 1799.
— — in der Gynäkologie 1437. 1605. 1607. 1801.
Rassenhygiene 585. 1152. 1729.
Ratschläge für Patienten 1175.
Reflexanurie 146.
Reichskomitee, deutsches, für den Internationalen medizinischen Kongreß in London im Jahre 1913 89.
Rektalerkrankungen, Elektrizität bei 1211.
— — Novokain bei 1211.
Rektokelenoperation 363. 1574.
Rektum, kongenitale Verengerungen des 790.
— karzinomoperation 939.
— polypen 252.
— vaginalplastik 517. 701. 1180.
Retentio urinae und Pituitrin 818.
Retinitis albuminurica 1509.
Retrodeviationsoperation 1005. 1039. 1041. 1125. 1241. 1346. 1460. 1471*.
Retroflexio uteri 15. 187. 186. 787. 1126. 1346. 1485. 14. 1663. 1671.
— — gravidi 1040. 1794.
— — — incarcerati 1471.
— — — partialis 1258*.
— — vaginale Ligamentfixation, modifizierte bei 1813*.
— — vaginale Operation der 787.
Retroversio uteri 35*. 187. 364. 404. 788. 816. 1039. 1126. 1241.

Digitized by Google

Riesenkinder 396. 782.
Rippendefekte beim Neugeborenen 1152. 1373.
Röntgenanatomische Demonstrationen 900.
— bilder, stereoskopische 900.
— diagnostik der Nierentuberkulose 39.
— karzinom 38.
— schädigungen 1607.
— strahlen, biochemische Wirkung der 1206.
— — ersatz in der Gynäkologie 1209.
— — Messung und Dosierung der 1206.
— — und Morbus Basedowii 1208.
— — und Thorium X-Strahlen 1209.
— technik 429. 727.
— therapie bei Drüsen mit innerer Sekretion 38.
— — bei nichtklimakterischen Metro-Menorrhagien 1531.
— — bei parametritischen Verwachsungen 1570*.
— — gynäkologische 36. 37. 38. 110. 426. 508. 591. 592. 593. 684. 729. 741. 771. 814. 893. 895. 897. 898. 940. 972. 1047. 1048. 1058. 1059. 1118. 1123. 1305. 1435. 1526. 1528. 1532. 1592. 1605.
— — — derzeitiger Stand der 1208.
— — — Kreuzfeuerwirkung in der 1741*.
— — — Methodik der 37. 1047.
— tiefentherapie 35. 427. 593. 604. 729. 898. 1047. 1305. 1436. 1489. 1606.
— — — Hautschädigungen bei 1377.
— ulcus 1376. 1608. 1801.
— und Radiumtherapie 1304.
— untersuchungen bei Magen-Darm-Erkrankungen 38.
Rumpflähmung, Entbindung bei 809.
Ruptura des Septum recto-vaginale sub partu spontaneo 1766.
— perinei 1684*.
— uteri 350. 636. 1727. 1733. 1783.
— — intra partum 1129. 1623*. 1657.
— — nach Sectio caesarea 1128.
— — incompleta 580.
— — in der alten Kaiserschnittsnarbe 296.
— — in graviditate 920.
— — nach Pituglandol 1734.
— — nach Pituitrin 720*.
— — operative Behandlung der 349. 923. 1203.
— — spontanea 1129. 1657. 1734.
Sakralanästhesie 378*. 773. 793. 1492.
— parasit 1008.
Salizyltherapie in der Gynäkologie 222.
Salpingitis 753.
— bilateralis 521.
Salpingitis isthmica nodosa 1121. 1154. 1155.
Salpingo-Oophoritis, gonorrhoische 955. 1470.
Salpingostomie 364.
Salvarsanbehandlung schwangerer syphilitischer Frauen 952. 953.
Sanatoriumbehandlung tuberkulöser Gravider 1863.
Säuglingskunde 473. 1832.
Sarkome des Uterushalses, traubenförmige 676.
— nach Myomoperation 1461.
— retroperitoneale 559.
Sauerstoff bei Allgemeinanästhesie 981.
— druckatmung für den asphyktischen Säugling 1026.
Säuglingsernährung, künstliche 1163.
— — störungen 1025.
— fürsorge 782.
— — schwestern 914.
— heime 710.
— pflege und -ernährung *B* 667. 709.
— sterblichkeit 150. 288. 1594.
— — in der Schweiz 1341.
— — und Geburtshilfe 1169.
Saugluft-Verwendung im Operationssaal 84.
Schädeldefekte, angeborene 474.
— impressionen Neugeborener 707. 1027. 1341. 1510.
— mißbildung, fötale 152.
Scharlachrot 1348.
Schilddrüse 710.
— nerkrankungen und Schwangerschaft 30. 710.
— npräparate gegen Sterilität? 711.
— und Gestation 800.
— und Gravidität 879. 1675.
— und Sexualität 476*.
Schlaf- und Beruhigungsmittel 704.
Schmerzen, periodische, bei Frauen 1667.
— reflektorische, gynäkologische 340*.
Schrift- und Vortragssprache 1613*.
Schutzpessare 100*.
Schwangere, elektrische Erregbarkeit bei 1098. 1477.
— herz- und nierenkranke, späteres Schicksal der 798.
— nserum, normales bei Schwangerschaftsdermatosen und -toxikosen 307*.
Schwerhörigkeit u. Generationsvorgänge 1822.
Sectio alta bei Blasenverletzungen 832. 968. 1052. 1054.
— caesarea 106. 170. 294. 676. 677. 974. 1105*. 1457. 1708. 1832.
— — bei Beckenenge 1338. 1339.
— — bei einem achondroplastischen Zwerg 977.
— — bei Eklampsie 107. 679. 976. 1129.

Digitized by Google

Sectio caesarea bei Geburtsstörungen nach antefixierenden Operationen am Uterus 1836.
— — bei Ovarialtumoren 980.
— — bei Placenta praevia 407. 976. 1338. 1383. 1386. 1834.
— — — — — centralis 1019. 1834.
— — bei Sarkomkachexie 1069.
— — bei schwerer Toxämie 678.
— — cervicalis extraperitonealis 294. 295. 975. 1011. 1048. 1338. 1458. 1833.
— — — — bakteriologische Untersuchungen bei 1164.
— — — — Indikationen zur 294. 1458.
— — — — Narbe nach 1048.
— — — — Technik der 1458.
— — — — und Beckenspaltung 1516. 1649*.
— — — transperitonealis 112. 678. 1457.
— — Erfolge der, in Rußland 757*.
— — Indikationen zur 976. 1383. 1458. 1832.
— — in mortua 677. 822.
— — in suspekten Fällen 1549.
— — Magendilatation nach 680.
— — Magenlähmung nach 680.
— — mit gleichzeitiger Entfernung zweier Ovarialcysten 677.
— — Narbe nach 1048. 1129. 1458.
— — neue Methoden der 1514.
— — Obstipation nach 19*.
— — querer Fundalschnitt bei 470. 1129.
— — suprasymphysäre 295. 1013. 1014. 1833.
— — Technik der 470. 713*. 974. 975. 1708.
— — und akute Magendilatation 680. 977.
— — und Hysterektomie bei positiver Infektion 1833.
— — und Pituitrin 1015.
— — und Porro-Operation 976.
— — vaginalis 296. 392. 680. 830. 1835.
— — — bei Eklampsie 324. 679. 680. 1164.
— — — bei Placenta praevia 679. 1383. 1834.
— — — spätere Geburten nach 1835.
— — verbesserte Technik der 679.
— — wiederholte 106. 294. 1339. 1457.
Seitenlage intra partum und »endogene« Infektion 280*.
Sekalepräparate 31. 703. 1347. 1587.
Sekretion, innere 476*. 742. 879. 885. 1094. 1601. 1603. 1675.
— — und Gravidität 1037.
Selbstinfektion 1124. 1308. 1444. 1511.
Sensibilität der Bauchhöhle 214.
Septikopyämie 1077.
Serologisches 324. 613*. 731. 777. 820. 839. 840. 924. 949. 984. 1054. 1091. 1136. 1370. 1482. 1495. 1762.
Serum, menschliches bei Eklampsie 1519.
— — bei hämorrhagischen Diathesen 1367. 1374.
— ovariolytisches 1337.
— therapie bei Melaena neonatorum 708.
— — in der Geburtshilfe 325. 1367.
Serviettenhalter bei Bauchhöhlenoperationen 462.
Sexus anceps 905.
Shock nach Entbindungen 1768.
Sikkator 1180.
Silberatoxylwirkung auf Streptokokkeninfektion 293.
— drahtkabel 84.
— jodidemulsion zur Skiagraphie des Harntraktus 1609.
Simon's Spekulum 833.
Skoliosen, angeborene 1219.
Skopolamin 224.
— frage 496*.
— -Pantopon bei Operationen 224. 380*. 796.
Spätblutungen im Wochenbett 945.
Spekula, verbesserte 1174.
Spina bifida 1294. 1370. 1831.
Spinalanästhesie 1365.
Splenektomie 980.
Sport 212. 1077.
Spülapparat 1330.
Staphylokokkenhautabszesse der Säuglinge 150.
Steißhaken, Kuestner'scher bei Steißlagen 1166.
— lagen 80. 395. 671. 834. 1002. 1039. 1335. 1715.
— tumor 496. 1166.
Sterilisierung 521. 1311. 1581. 1594. 1732.
— Geisteskranker 41.
Sterilität 521. 662. 711. 1311. 1732.
— Bäderbehandlung der 1732.
— Behandlung mit Intrauterinstiften 1732.
— Chirurgie der 523.
— und Myome 521. 1733.
Stickoxydul-Sauerstoffnarkosen 1367. 1793.
Stillen, Förderungsmethoden zum 1176.
— Kontraindikationen zum 1176. 1407.
— mütterliche Ernährung beim 1175.
— Vorbereitung zum 1175.
Stillfähigkeit 1239.
— notwendigkeit 1367.
— schwierigkeiten 1176. 1273.
— statistik 737.
Stoffwechseluntersuchungen bei Eklampsie 469.
Stomatoplastik nach Pozzi 1311.
Strahlentherapie in der Gynäkologie 153*. 1721. 1798.
Streptokokkenbefund im Vaginalsekret Kreißender 607*.
— infektion, Serumtherapie bei 324.

Digitized by Google

Streptokokkeninfektion, Silberatoxylwirkung auf 193.
— -Pathogenitätsbestimmung im Lochialsekret 698.
— sepsis 293.
Striae gravitatis, Verhütung der 1213. 1573. 1892.
Struma und Gravidität 1099.
Sturzgeburten 1805.
Stütze, tragbare, zu Operationen am Peritoneum 600.
Symphysenruptur 216. 865. 1540.
— schnitt, subkutaner 1390. 1515.
Symphysiotomie, subkutane nach Frank 779.
Syncytiopräzipitin 397.
Syphilis der inneren Genitalien 1120.
— forschung 954.
— in der Gravidität 952.
— — — — Salvarsanbehandlung der 952. 953.
— postkonzeptionelle und hereditäre 725.

Tampol Roche 221.
Tamponade bei Placenta praevia 1382.
— Gefahren der 923.
— verbot für Hebammen 1411. 1413.
Tamponbehandlung, Modifikation der 584.
Technik, operative 1170.
Teleangiektasie 1131.
Tellur und Selen als Heilmittel bei Karzinomen 48.
Temperaturkurve in der Gravidität 1372.
Tenosin 1587. 1675.
Tentoriumzerreißungen, fötale sub partu 151. 707.
Teratogenie 30. 1372.
Teratom 1264.
Tetanie 780.
— bei akuter eitriger Appendicitis 1315.
— Neugeborener 58*. 884.
— und Osteomalakie 216.
Therapeutique obstétricale et gynécologique 76.
Therapie, physikalische 1466.
— — bei gynäkologischen Erkrankungen 1589.
Thigenol 221.
Thorakopagus parasiticus 1153.
— quadribrachius tripus 115.
Thorakoschisis 1152. 1373.
Thrombophlebitis, puerperale 589. 1575. 1643.
— septische 1239.
Thrombosen 588. 1641.
— der rechten V. saphena 962.
— der Vena cava inferior 1644.
— postoperative 590. 1202. 1642. 1643.
— puerperale 85. 820. 1122. 1643.
— symptome, prämonitorische 588.
Thrombus vulvo-perinealis 861.
Thymolspiritus zur Hautdesinfektion 876. 1143.
Thymustod beim Neugeborenen 1342.
Thyreoidea und Gravidität 476. 839.
Trophoneurosen 524.
Todesursachen, plötzliche, während oder kurz nach der Geburt 1131.
Totgeburten 1772.
Trachelorrhaphie 1221*.
Transkondomoskop 919.
— plantation 947.
— — von Amnion 1428.
— — von Eihäuten 1019.
— — von Tumoren 1494.
— position der großen Gefäße 570*.
Trigonum, chronische Cystitis des 174.
Tryen 702.
Tubenabszesse 365. 366.
— — Trauma als Ursache von Rupturen der 752.
— dermoid 366.
— dilatation bei Sterilität 1732.
— hernien 750.
— karzinom 1317*. 1664. 1770.
— kolik einer Gravida 772. 964.
— ruptur, Psychose nach 1820.
— schwellung, bilaterale 1785.
— sterilisation 523. 1415. 1597. 1732.
— stieltorsion 365.
— tuberkulose 183. 1056. 1376. 1555. 1861.
— — und Uterusepitheliom 184.
— unterbindung, Gravidität nach 1312.
Tuberkelbazillennachweis durch den Meerschweinchenversuch 848*. 1055.
Tuberkulose 182. 184. 1055. 1374. 1861.
— akute nach gynäkologischen Eingriffen 7*.
— der Harnorgane 831. 922.
— der Portio, interstitielle 1057.
— — Tubae Fallopii 1056.
— der Vulva 922.
— der weiblichen Genitalien, aszendierende 71.
— des Bauchfells 1056.
— infolge Spinalanästhesie 982.
— und Gravidität 704. 1057. 1168. 1335. 1861.
— und Menstruationsstörungen 705. 1135.
Tuberkulöse Frauen, Beziehungen zwischen Lunge und Genitale bei 182.
Tuberkulumschnitt bei Retroflexionsoperationen 1230*.
Tuboovarialabszesse, typho-tuberkulöse 755.
— — cyste 1153. 1769.
— — entzündungen, gonorrhoische 955.
— — gravidität 1080. 1153.
Tuboovarielle Varikokele 751.
Tumoren, maligne, Urinbefunde bei 442.
— retroperitoneale 1204.

Digitized by Google

Ulcus duodeni beim Neugeborenen 1162.
— simplex vesicae 1280.
Umgekehrter T-Schnitt 1707.
Unterschenkelfrakturen intra partum 707.
Untersuchung per rectum während der Geburt 1663.
Uranium 39.
Ureter-Appendixanastomose 255.
Ureterenbauchdeckenfistel 319.
— dilatation 146.
— ersatz 444.
— fistel 818. 1232. 1693.
— implantation in Blase 818. 1040. 1573. 1718.
— — ins Septum vesico-vaginale 1670.
— katheterismus 255. 830. 971. 988.
— ligatur 146. 1078. 1718.
— — und Nierenveränderung 147.
— mißbildung 1346.
— naht 832. 975. 1045. 1105*.
— nekrose 1638.
— sondierung 833.
— steine 255. 444. 693. 831. 1167. 1279. 1332.
— Vaginalfistel 1699.
— verdoppelung 833. 834.
— verletzungen 1280. 1599. 1718.
— verschluß 655. 803. 1086.
— — experimenteller 148.
Urethraldivertikel 1596. 1759.
— karfunkel 1281.
— karzinom 148*. 1795.
— plastik 690.
— steine 1465.
— torsion 1298.
Urethritis 1450*.
Urethroskoplampe, Explosion einer 1701.
Urinbefunde bei malignen Tumoren 442.
— fisteln 1572. 1693.
— sammler 1547.
— verhaltung 818.
Urologische Operationen, Diagnose während 1465.
Uropoetisches System, angeborene Bildungsfehler des 445.
Urotropin 1676.
Urotuberkulose, Erfolge der Frühdiagnose der 184.
Uro- und Urogenitaltuberkulose 705.
Uterusadenomyome 499. 907.
— adnexe, Hernien der 78.
— anästhesierung 1552.
— arcuatus 1434.
— bicornis 452*.
— — als Ätiologie chronischer Querlage 452.
— — duplex 1205.
— — rudimentarius 1204. 1434.
— — unicollis 516. 834. 1370. 1414.
— — — gravidus 1154.
— blutungen 743. 801. 1365. 1369. 1567. 1668. 1697.
Uterusblutungen, medikamentöse Behandlung der 1347.
— — Neugeborener 1027.
— — und Radiumemanation 806*.
— curette 1708.
— cysten, multiple 405.
— — stieltorsion 911.
— didelphis 1434.
— — Dystokie bei 405.
— duplex 1595. 1640.
— — unicollis 404.
— entleerung, transperitoneale, cervicale 541.
— erkrankung bei Hodgkin'scher Krankheit 184.
— Fettgeschwülste des 406.
— fibrom 1233.
— — Radiumbehandlung des 37. 1059.
— — und Gravidität 190.
— — voluminöses, cervico-uterines 747.
— — Wiederanwachsen eines, nach Abtrennung 219.
— fibromyome 1246.
— — Physiotherapie der 1208.
— gefäße 1441.
— gravidus, Massage des 1029*.
— — Schußverletzung des 1129.
— hernie 1573.
— in der Placentarperiode 457*.
— involution, puerperale 1132.
— karzinom 46. 47. 312. 673. 1360. 1692. 1699.
— — Frühoperation bei 440. 441.
— — Röntgentherapie bei 623.
— — Thrombose nach 1202.
— Keilexzision des 1396.
— Keimgehalt des 591.
— Lipoide im 1478.
— mißbildungen 835. 1433.
— mit Cervixkarzinom 314. 345.
— muskulatur, Extraktivstoff-Verteilung in der 1817.
— — in statu puerperali, Hystochemie der 640.
— — quergestreifte 640.
— — Typus der 1396.
— myomatöser, Achsendrehung des 1147*.
— — Geburt bei 1247.
— myosarkom, postklimakterisches 440.
— Nervenverteilung im 777.
— perforation 178. 314. 636. 637. 691. 918. 940. 1456. 1733.
— — durch Fremdkörper 1734.
— — instrumentelle 637. 1735.
— — mit Abreißen des Wurmfortsatzes u. multiplen perforierenden Darmverletzungen 1875*.
— — mit Vorfall einer Dünndarmschlinge 1734.
— polyp 448. 1196.
— primäre Cancroide des 441.

Digitized by Google

Uterusprolaps, angeborener 1370.
— puerperaler, Chirurgie des 1291.
— rudimentarius partim excavatus 814.
— sarkom 442. 911. 1201.
— schleimhaut 1632.
— — bei Blutungen 1557.
— — normaler menstrueller Zyklus der 967. 1557.
— separatus unicollis 1266.
— septus mit Hyperemesis gravidarum 1243.
— — puerperalis 1572.
— sklerose 1015.
— spülung bei Puerperalfieber 1310.
— subseptus 1434.
— tumoren 1632.
— — und Gravidität 1543.
— verletzung 636. 763*.
— wandsarkom 1497.
Uzara, neues Antidiarrhoikum 1551.

Vaccinebehandlung 73. 692. 820. 956. 973. 1244. 1450. 1576.
Vademekum, geburtshilfliches 1750.
Vagina 228*. 366. 861. 1178. 1544. 1898.
— septa bei einfachem Uterus 965*.
— und Kohlehydrate 228*.
Vaginaefixatio uteri 84. 363. 652.*
— — schwere Geburt nach 653*.
Vaginalcysten 862.
— dammdehnungen, künstliche, intra partum 1191*.
— defekt 697. 701. 1639. 1713*.
— geschwüre, urämische 368.
— hämatom 1179.
— inzision 1270.
— karzinom auf perinealem Wege operiert 1042. 1043. 1044. 1178.
— — bei Prolaps 862.
— — primäres 368. 1479.
— keime, mütterliche, Übertragung der, auf das Kind 396.
— — und endogene Infektion 1164.
— myom 540*.
— ovula aus Pflanzenkohle 1397.
— plastik 517. 701.
— — durch Dünndarmtransplantation 60. 701. 1180. 1640.
— prolaps und Inkontinenz 1346.
— riß 863.
— ruptur sub coitu 1253*.
— — traumatische, mit Dünndarmvorfall 1130.
— sekret, Chemie des 921.
— — Kreißender, bakteriologische Untersuchung des 225*. 1478.
— spülungen bei Graviden 1445. 1453. 1628. 1837*.
— tumor 368.
— verletzungen sub coitu 862.
Vaginismus 1166.
— falscher und wahrer 1179.
Vagino-Uterinprolaps 1363.
Vagitus uterinus 150. 772.
Valamin 1348.
Vaporisation oder Röntgentherapie bei hämorrhagischen Metropathien 744.
Varixknoten am Uterus 1763.
Varizen bei Graviden 1372.
Venenektasie des Endometriums 640. 773.
— ruptur, utero-ovarielle 1251.
Ventrofixatio uteri 786. 815. 816. 1126. 1669.
— — Ileus nach 650.
— — nach Gilliam, modifizierte 1241.
— — Nachteile der 649*.
Ventrosuspension 1459.
Ventrovesicofixatio uteri 1198.
Verdauungsapparat Neugeborener 1335.
Vererbung und Ehe 683.
— slehre 1152.
— und Rassenhygiene 585.
Veronalvergiftung 1676.
Vesicovaginaefixatio uteri 1669.
Vierlinge 1219.
— sabort 70.
Volvulus beim Neugeborenen 109.
Vorderarmsynostose, kogenitale 1218.
— hauptslagen 423.
Vulva 366. 861. 1178. 1544. 1898.
— maligne Neubildungen an der 367.
Vulvarblutgeschwulst 274*.
— hämatom 131*. 274*. 1179.
— karzinom 395. 506. 814. 861. 919. 1544. 1545. 1898.
— tuberkulose 922. 1861.
— — elephantiastische 245.
— karzinom 367. 395.
— tumoren 367.
Vulvovaginitis 521. 955. 1450*.
— gonorrhoica 1482.
— bei Kindern 1179.

Wachsseide 1271.
Walcher'sche Hängelage 671. 779. 1616. 1619.
Wandermilz mit Stieldrehung 668.
— niere 828. 925. 1060. 1362.
Warzenpflege in graviditate 1000.
Wassersucht, fötale 474. 475.
Webster-Baldy'sche Operation 1363.
Wehenerregende Substanzen 1501.
Wehenmittel in der Placentarperiode 774.
— schwäche 1892. 1893.
Wendung, äußere 1011. 1335.
— kombinierte, bei Placenta praevia 173. 1011. 1013. 1387. 1538.
— prophylaktische 553.
Windpocken 1341.
Wochenbett 1132. 1133.
— Morbidität im, bei Fruchttod 1341.
— sdiätetik 1165.
Wöchnerinnen-Asyle 1285*. 1686*. 1776*.

Digitized by Google

Wöchnerinnen, Frühaufstehen der 179. 700. 1094. 1132. 1133.
— Kreatinausscheidung durch den Harn bei 141.
Wundbehandlung, aseptische und antiseptische 326.
— — Kampferöl zur 313.
— — Mastisol zur 85.
— nahttechnik 599.
— schutz 875.
— verband 599.
— versorgung bei der Radikaloperation des Carcinoma colli uteri 1*.

Xerase 702.
— behandlung des weiblichen Fluors 1899.

Yohimbin 1348. 1678.

Zange, hohe 553. 554. 1343. 1615.
— nanwendung 1595.
— ngeburt 973.
Zeitschriften 29. 108. 141. 178. 244. 319. 360. 395. 435. 506. 548. 581. 665. 698. 742. 776. 818. 943. 1014. 1079. 1121. 1164. 1337. 1367. 1413. 1453. 1477. 1575. 1662. 1692. 1762. 1817.
Zeller'sche Krebsbehandlung 48.
Zirbeldrüsenveränderungen in der Gravidität 840.
Zuckerbehandlung inoperabler Portiokarzinome 852.
Zwerchfellhernien bei Neugeborenen474.
Zwillinge 114. 506. 697. 1062.
— Entwicklungsdifferenzen von 506.
— in einem Amnion 1717.
— langer Zwischenraum zwischen der Geburt zweier 1342.
— zweieiige 1782.
Zwillingsgeburt, Schädelverhakung der beiden Früchte bei 70.
Zwillingsgravidität 748.
— — in cornu rudimentario 750.
— — in- und extrauterine 1284.
— — mit Acephalus acardiacus 1028.
— — neues diagnostisches Phänomen der 117.
— — Traubenmole bei 586.
— placenta 1220.
— schwestern, Adenokarzinom des Uterus zugleich mit Myom bei 114.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

UNIVERSITY OF CALIFORNIA MEDICAL SCHOOL LIBRARY

THIS BOOK IS DUE ON THE LAST DATE
STAMPED BELOW

MAR 15 1938

1½m-9,'16

Digitized by Google

Zentralblatt fur
Gynakologie
DEC 15 1938
MAR 14 1939
3408
UNIVERSITY OF CALIFORNIA MEDICAL SCHOOL LIBRARY
Digitized by Google

Digitized by Google